

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THESE

N° 133

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

MEHDI LATIFI

NÉ LE 2 MAI 1909 A TÉHÉRAN (IRAN)

**LES FISTULES
SIGMOÏDO-VÉSICALES**

Président : M. A. GOSSET, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

FÉVRIER 1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

MEHDI LATIFI

NÉ LE 2 MAI 1909 A TÉHÉRAN (IRAN)

**LES FISTULES
SIGMOÏDO-VÉSICALES**

Président : M. A. GOSSET, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

FÉVRIER 1937

LE DOYEN ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DEGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
BARIÉTY	<i>Pathologie médicale.</i>
BÉNARD (H.)	<i>Pathologie médicale.</i>
BERNARD (E.) ..	<i>Pathologie médicale.</i>
BESANÇON (J.) ..	<i>Hydrologie.</i>
BOULIN	<i>Pathologie médicale.</i>
BULLIARD	<i>Histologie.</i>
CATHALA	<i>Pathologie médicale.</i>
CHEVALLIER	<i>Pathologie médicale.</i>
COSTE	<i>Pathologie médicale.</i>
DOGNON	<i>Physique.</i>
FEY	<i>Urologie.</i>
FUNCK	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
GALLIARD	<i>Parasitologie.</i>
GASTINEL	<i>Bactériologie.</i>
DE GAUDART	
D'ALLAINES	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
DE GENNES	<i>Pathologie médicale.</i>
GAYET	<i>Physiologie.</i>
GIROUD	<i>Histologie.</i>
HAGUENAU	<i>Pathologie médicale.</i>
HALPHEN	<i>Oto-rhino-laryngologie.</i>
HAZARD	<i>Pharmacologie.</i>
HUGUENIN	<i>Anatomie pathologique.</i>
JOANNON	<i>Hygiène.</i>
LABBÉ (H.)	<i>Chimie biologique.</i>

MM.

LACOMME	<i>Obstétrique.</i>
LANTUÉJOL	<i>Obstétrique.</i>
LAROCHE (Guy)..	<i>Pathologie médicale.</i>
LELONG	<i>Pathologie médicale.</i>
LEMAIRE	<i>Pathologie expérimentale.</i>
LEVEUF	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
Mlle J. LÉVY...	<i>Pharmacologie.</i>
LÉVY-VALENSI...	<i>Neurologie et psychiatrie.</i>
MÉNÉGAUX	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
MOLLARET	<i>Pathologie médicale.</i>
MOREAU	<i>Pathologie médicale.</i>
MOULONGUET ...	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
MOUQUIN	<i>Anatomie pathologique.</i>
OBERLING.....	<i>Anatomie Pathologique.</i>
PETIT-DUTAILLIS.	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
PIÉDELIEVRE ...	<i>Médecine légale.</i>
PORTES	<i>Obstétrique.</i>
RENARD	<i>Ophthalmologie.</i>
RICHET	<i>Physiologie.</i>
SANNIÉ	<i>Chimie biologique.</i>
SÉNÈQUE	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
TROISIER	<i>Pathologie expérimentale.</i>
TURPIN	<i>Pathologie médicale.</i>
VIGNES.....	<i>Obstétrique.</i>
WILMOTH	<i>Pathologie chirurgicale.</i>

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
BUSQUET	<i>Pharmacologie.</i>
CHAILLEY-BERT..	<i>Physiologie.</i>

MM.

LEROUX	<i>Anatomie pathologique.</i>
NEVEU-LEMAIRE..	<i>Parasitologie.</i>
PHILIBERT	<i>Bactériologie.</i>

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE . . .	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROcq.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHIRAY.		HEITZ-BOYER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		SCHWARTZ.	
PASTEUR - VAL-		VELTER.	
LERY-RADOT. . . .			
SÉZARY.			

MM.	
ECALLE.	} Clinique obstétricale.
GUÉNIOT.	
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Rdiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE.	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Mon premier maître et mon premier exemple pour la vie :
devoir, dévouement.

*Les mots ne peuvent exprimer mon affection
filiale, et tout ce dont je lui suis redevable.
Je lui promets de suivre son exemple, c'est
la meilleure joie que je puisse lui procurer.*

A MA MÈRE

*Qui fut pour moi, au même titre que mon
père, le guide moral le plus sûr. Faible
témoignage de ma profonde reconnaissance et
de ma tendre affection.*

A MES SOEURS ET A MON FRÈRE

Mon affection fraternelle.

A MON BEAU-FRÈRE

En toute affection.

A MON NEVEU ET A MA NIÈCE

Mon attachement.

A MON COUSIN

LE DOCTEUR E. LATIFI

Ma profonde amitié.

AUX MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GOSSET

Chirurgien de la Salpêtrière
Grand Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Institut

*Qui m'a si grandement honoré en acceptant
la présidence de cette thèse.
Toute ma respectueuse admiration.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. ROUVIÈRE

Membre de l'Académie de Médecine

*Hommage respectueux de ma reconnaissance
et de mon affection pour l'accueil qu'il a bien
voulu me réserver dans son Laboratoire
d'Anatomie, où il m'a prodigué ses précieux
conseils.*

A MON MAITRE

LE DOCTEUR R. GOUVERNEUR

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

*Pour le cordial accueil qu'il m'a fait dans
son service, son vivant enseignement et son
aide bienveillante au cours de ce travail. En
témoignage de ma vive reconnaissance et ma
profonde affection.*

A MON MAITRE

LE DOCTEUR R. SOUPAULT

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

*Qui m'a inspiré le sujet de ce travail, pour
lequel il m'a guidé; et qui depuis plusieurs
années me conseille dans ma carrière. Qu'il
veuille bien accepter ma profonde reconnais-
sance et ma respectueuse affection.*

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE LYON

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR V. PAUCHET (*in memoriam*)

A MESSIEURS LES DOCTEURS
G. LUQUET, LE GAC, R. DOSSOT et J. TISSOT

AU DOCTEUR P. PORCHER
Radiologiste de l'Hôpital Bichat

Ma profonde reconnaissance pour ses précieux conseils.

A MES AMIS
LES DOCTEURS CH. MOTZ, G. MOTZ et M. R. DREYFUS

A MON AMI ET COLLÈGUE D'ÉTUDE
LE DOCTEUR J. CAILLEUX

A MES AMIS
LES DOCTEURS B. et A. KREWER

A MONSIEUR ET MADAME V. GERMAIN ET LEURS ENFANTS
Souvenir d'une vieille amitié.

A TOUS MES AMIS

HISTORIQUE

Parmi les mentions les plus anciennes ayant trait à une communication pathologique entre l'intestin et la vessie, doit figurer celle de RUPHUS, d'Ephèse, qui cite une note de PRAXAGORE : « J'ai vu, dit celui-ci, un homme qui rendait l'urine par l'anus et qui a vécu avec ce symptôme douze ans; j'ai d'ailleurs vu plusieurs autres cas de cette espèce. »

En 1600, SCHENCKIUS (1), médecin allemand, fait l'autopsie d'un célèbre confrère de l'époque et trouve un néoplasme haut situé du rectum ayant envahi et perforé la vessie.

Mais, sous le nom de fistule sigmoïdo-vésicale proprement dite, la première observation que nous ayons pu découvrir est celle de FRANK (obs. 1) qui, en 1786, put, à la suite d'une autopsie, décrire avec précision le siège de la communication.

En 1843, CHAVANNAZ, à propos de l'exploration faite chez un malade, écrit : « Au moyen d'un bec de sonde promené avec intelligence et ménagement, une main exercée pourra découvrir, après des recherches attentives, si la communication avec la vessie est unique ou multiple; avec de l'habitude et de l'exercice, on pourra de cette manière compter pour ainsi dire les ouvertures, si elles ne sont pas trop nombreuses. »

L'idée de la colostomie à titre palliatif ou curatif dans ces communications colo-vésicales date de 1852:

(1) J. SCHENCKIUS. — *Observationum medicarum, Tomus unus*, Francfort, 1600.

la première paraît avoir été pratiquée par CURLING, cité dans un travail de CRIPPS (1), afin de faire cesser le passage des matières dans la vessie; il y parvint, semble-t-il, puisque douze jours après, le malade ne rendait plus par l'urètre que des gaz; il mourut d'ailleurs cinq mois plus tard.

Depuis cet auteur, TÜNGEL (obs. 10), en 1861, et MAUNDER (obs. 13), en 1869, ont pratiqué cette même dérivation intestinale dans le même but, avec des survies de quelques jours.

En 1870, BLANQUINQUE (2) consacra sa thèse à l'étude d'ensemble des fistules entéro-vésicales, sans distinction de lieu ni d'origine.

Ce n'est qu'en 1876 que, pour la première fois, PUTEGNAT (3) fit une étude, brève d'ailleurs, sur les fistules vésico-sigmoïdiennes à proprement parler.

Dès lors, les travaux se multiplient; de nombreux procédés opératoires sont indiqués et, en 1884, à propos d'un communiqué au Congrès de Rouen par DUMESNIL, le Professeur LE DENTU émet, à la Société de Chirurgie, l'idée d'ouvrir la vessie pour suturer l'orifice fistuleux; tentative réalisée par Pousson, de Bordeaux, en 1895.

C'est par CZERNY (obs. 20) qu'un nouveau pas est franchi dans la cure radicale de ces fistules. En effet, le 9 mai 1887, il réussit par laparotomie à aller séparer les deux organes et à suturer directement les orifices vésical et sigmoïdien, ce qui ne l'empêcha

(1) CRIPPS. — *The passage of air and faeces from the urethra*, London, 1888.

(2) BLANQUINQUE. — *Thèse Paris*, 1870.

(3) PUTEGNAT. — *Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.* 1876, p. 467,

pas, deux mois et demi plus tard, de faire une colostomie dérivative chez le même sujet, qui mourut trois mois plus tard. NOBLE (obs. 21), en 1889, dans un but diagnostique et pour préciser l'existence d'une communication anormale, eut l'idée pour le moins originale d'injecter de l'hydrogène dans le rectum et d'approcher une allumette enflammée au bout d'un cathéter introduit dans la vessie par l'urètre, la flamme de l'hydrogène au bout du cathéter prouvant l'existence de la communication.

TERRIER (obs. 24), en 1895, fit disparaître les signes de la fistule par le simple drainage d'un abcès formé entre l'S iliaque et la vessie et ouvert simultanément dans les deux organes.

KELLY (obs. 28), en 1898, guérit sans récurrence une femme de 60 ans en séparant et suturant les deux orifices fistuleux.

PASCAL, en 1900, fit une étude remarquable et très complète des fistules vésico-intestinales acquises dans les deux sexes.

Malheureusement, dans tous les travaux que nous venons d'énumérer, la cause exacte de la communication entre l'intestin et la vessie n'est pas toujours suffisamment précisée; à part quelques cas où l'origine néoplasique est mentionnée, il n'est fait allusion ni à la nature inflammatoire éventuelle, ni à la présence de diverticules coliques décrits pourtant par MORGAGNI dès 1796, par CRUVEILHIER en 1849, et par GRASER en 1898.

Cependant, SYDNEY JONES (obs. 9), faisant exception, avait, en 1856, à la Pathological Society de

Londres, communiqué un cas de fistule colo-vésicale dû à un diverticule sigmoïdien.

Ce n'est toutefois que depuis 1900 qu'on paraît avoir donné à ces diverticules l'importance qu'ils méritent dans l'étiologie de la lésion qui fait l'objet de ce travail : Thèse de HEINE en 1904, travaux de BENSCHAUDE en 1912 et, plus récemment, de TELLING, SPRIGGS, DAVID, LETT, HABERER, RIEDER, et le rapport récent de SOUPAULT au Congrès International de Chirurgie, en 1935.

Actuellement, les matériaux sont nombreux et permettent une vue d'ensemble de la question.

ETIOLOGIE (1)

AGE. — Comme le montrent les tableaux ci-dessous, c'est dans la seconde moitié de la vie que s'observe la fistule colo-vésicale; nous verrons qu'étant données les lésions qui la préparent, la chose n'a rien de surprenant.

Chez l'adulte, les cas concernant des individus de moins de 40 ans se rapportent presque toujours à des femmes et relèvent de lésions annexielles.

Dans la série de 19 cas d'EDWARDS, le malade le plus âgé avait 69 ans et le plus jeune 44 ans (âge moyen : 54 ans).

Dans le tableau suivant, nous avons fait état de la statistique de BRYAN et de notre statistique personnelle, d'après tous les cas que nous avons pu colliger.

Age	Statistique de BRYAN	Notre Statistique
De 20 à 30 ans	3	9
De 31 à 40 ans	7	16
De 41 à 50 ans	5	14
De 51 à 60 ans	14	41
De 61 à 70 ans	4	27
De 71 à 80 ans	2	5
Au delà de 80 ans	1	1
Age indéterminé	6	12
<i>Total</i>	42	125

(1) Dans ce chapitre (aussi bien que dans les suivants) nous ne mentionnons que les numéros des observations des auteurs qui en ont publié plusieurs; pour les autres se porter au tableau des observations avec indication d'auteur (par lettre alphabétique), p. 258-259.

SEXE. — Les dispositions anatomiques particulières au bassin féminin, c'est-à-dire l'interposition des organes génitaux entre la vessie et l'intestin terminal, devaient contribuer à préserver la femme contre cette complication, et c'est en effet ce que démontrent les chiffres.

EDWARDS, sur 19 cas, note 16 hommes et 3 femmes.

LETT, dans une série de 7 cas, relève 6 hommes et 1 femme.

Pour notre part, sur 120 observations où est noté le sexe, nous trouvons 89 hommes et 31 femmes. La disproportion est donc moindre qu'on ne pourrait s'y attendre; il y a à cela deux raisons : d'abord, les lésions annexielles, puis celles consécutives aux opérations gynécologiques (éventualité assez rare d'ailleurs); mais en outre, il ne faut pas oublier que la partie supérieure du côlon sigmoïde qui décrit une boucle horizontale au-dessus du bassin vient, même chez la femme, au contact de la vessie et qu'en somme c'est la deuxième partie du sigmoïde qui, seule, est séparée effectivement du réservoir urinaire par l'utérus et les annexes.

FRÉQUENCE. — Par fréquence, nous entendons le pourcentage des fistules sigmoïdo-vésicales par rapport aux communications entéro-vésicales quelles qu'elles soient.

Les chiffres cités sont :

CHAVANNAZ, 24,07 %; CRIPPS, 17,47 %; PASCAL, 20 %; PARHAM et HUME, sur 278 cas, 11,87 %. Enfin la clinique MAYO, de 1907 à 1920, 57,62 %.

Il est difficile de trouver une explication à ces

variations, sauf peut-être dans le fait que les fistules recto-vésicales, qui sont les plus fréquentes de toutes, ont pu donner lieu à des interprétations différentes du siège de la communication pathologique puisque — comme chacun le sait — la limite entre le sigmoïde et le rectum est toute théorique.

LÉSIONS ORIGINELLES. — Nous ne pouvons nous baser sur les observations antérieures à 1900, qui sont muettes pour la plupart sur ce point.

Le tableau suivant a donc été établi d'après les observations postérieures à cette date.

I. — <i>Fistules traumatiques et chirurgicales</i>		$\left\{ \begin{array}{l} 1^{\circ} \text{ Traumatiques.} \\ 2^{\circ} \text{ Post-opératoires.} \end{array} \right.$	
		(A) <i>Néoplasiques</i>	
II. — <i>Fistules pathologiques</i>	1 ^o Point de départ intestinal.	(B) <i>Inflammatoires</i>	$\left\{ \begin{array}{l} a) \text{ Diverticule} \\ b) \text{ Tuberculose} \\ c) \text{ Syphilis} \\ d) \text{ Parasites} \\ e) \text{ Ulcère simple.} \end{array} \right.$
		(A) <i>Néoplasiques</i>	
	2 ^o Point de départ vésical.	(B) <i>Inflammatoires</i>	$\left\{ \begin{array}{l} a) \text{ Diverticule} \\ b) \text{ Tuberculose} \\ c) \text{ Syphilis} \end{array} \right.$
		3 ^o Point de départ extra-vésico-intestinal.	

I. — FISTULES TRAUMATIQUES ET POST-OPÉRATOIRES

1^o ORIGINE TRAUMATIQUE. — BRYAN, dans sa statistique, en signale trois cas; nous n'en avons personnellement retrouvé qu'un, présenté par CHRISTOPHE à la Société Belge de Chirurgie, le 28 janvier 1933; il concernait un ouvrier mineur qui fit une chute au fond de la mine, sur un rail; il eut une désinsertion par-

tielle du méso, accompagnée de nécrose et suivie de lésions cicatricielles sur l'intestin : péritonite plastique, accollement colo-vésical et fistulisation secondaire.

SUTTON, pour la même catégorie de faits, incrimine la blessure et perforation de l'intestin par un corps étranger de dedans en dehors (traumatisme intentionnel chez les aliénés) et également la fistule à la suite d'une plaie par arme à feu.

BARTELS, dans une série de 33 fistules vésico-intestinales, en cite 6 accidentelles (tronc de fourche, bâton, etc.) et 27 par arme à feu sans une seule localisation sigmoïdienne vraie; elles ont toutes été recto-vésicales.

Tenons donc cette étiologie pour absolument exceptionnelle.

2° ORIGINE CHIRURGICALE. — On peut voir les fistules survenir dans ces conditions après ouverture simultanée de l'anse sigmoïde et de la vessie au cours d'une opération pelvienne laborieuse, par libération des adhérences reliant le gros intestin et la vessie (MARION) soit qu'il y ait faute technique ou encore après constitution d'un abcès post-opératoire. Nous avons relevé sept exemples de ce genre; en voici quelques détails :

— La malade de SCHWARTZ présenta les signes d'une fistule entéro-vésico-vaginale 3 ans après une opération pour la castration de l'ovaire gauche qui ne put être réalisée.

— Le cas de TESSON, où la fistule s'est déclarée deux ans et demi après ablation bilatérale des annexes suppurées;

— Le cas de HARTMANN (obs. 45) où la fistule est apparue 5 ans après ablation des annexes gauches pour un kyste dermoïde de l'ovaire.

— le cas de SCHOCKAERT, où la fistule survint quelques jours seulement après une hystérectomie sub-totale suivie de suppuration grave;

— chez la malade de PERRIN la fistule est apparue deux semaines environ après une intervention pour grossesse extra-utérine rompue;

— le cas de BUREAU, huit ans après une opération de salpingite double (un fil de soie provenant d'une ligature de pyosalpinx avait provoqué un abcès qui s'était ouvert dans la vessie).

— enfin chez la malade de KÜSTNER une fistule colo-vésico-vaginale survint huit jours après une hystérectomie conservatrice, pour une grossesse extra-utérine.

II. — FISTULES PATHOLOGIQUES (les plus fréquentes)

Comme nous l'avons indiqué dans notre tableau, elles peuvent avoir pour point de départ soit l'intestin (cas habituel), soit la vessie (beaucoup plus rarement), soit une lésion organique intermédiaire (cas exceptionnel).

1° FISTULES A POINT DE DÉPART INTESTINAL. — Elles sont consécutives à une lésion néoplasique ou à une lésion inflammatoire.

A) FISTULES D'ORIGINE NÉOPLASIQUE. — Pour les cancers du côlon, l'anse sigmoïde est le lieu d'élection: 115 fois sur 265 cas dans la statistique de DE BOWIS. C'est en raison de cette particularité, remarquée de-

puis fort longtemps, que les anciens auteurs estimaient que les fistules sigmoïdo-vésicales étaient en majeure partie d'origine cancéreuse. En fait, les statistiques récentes ont montré le mal-fondé de cette opinion. CYRIL, par exemple, dans une série de 165 cas de cancer du côlon terminal, dont 98 du rectum et 67 du sigmoïde, note seulement en tout 4 fistules (2,5 %). La statistique de BRYAN examine le même point de vue sous un autre angle et relate 42 cas de fistule de l'espèce que nous étudions, avec 3 cancers seulement (7.14 %).

Parmi 90 de nos observations dont le diagnostic (certain ou très probable) a été noté (1), nous trouvons 21 cancers sigmoïdiens, soit 23,3 %.

B) FISTULES D'ORIGINE INFAMMATOIRE. — Disons tout de suite que ce sont les plus fréquentes; d'après nos recherches : 54 sur 90 cas, soit 60 %.

a) DIVERTICULITE SIGMOÏDIENNE. — D'une fréquence remarquable, cette affection mérite une mention toute particulière. L'étude des détails concernant les diverticules du côlon ne rentre pas dans le cadre que nous nous sommes fixé. Il est intéressant toutefois de souligner la fréquence de la diverticulose. SPRIGGS, après des examens radiologiques en série, trouve des diverticules dans 1/3 des cas; l'anse sigmoïdienne en est le siège électif.

MAYO, sur 42 cas de diverticulite, en relève 36

(1) Parmi nos 125 cas, il en est 35 sans détermination étiologique. Nous avons établi nos statistiques d'après les 90 autres; donc le diagnostic est certain dans 79 cas et très probable dans 11.

à siège sigmoïdien. D'après HUSTON, 75 % des fistules coliques sont sigmoïdiennes; d'après FISCHER, 85% (1).

On sait que beaucoup de diverticules sont latents et le restent parfois toujours, qu'aucun symptôme ne les signale avant qu'ils ne deviennent le siège d'une simple colite sous une de ses multiples formes.

Le rôle de la diverticulite dans la production des fistules colo-vésicales a été complètement méconnu jusqu'à 1900 et, sans doute parce que l'orientation des esprits dans ce sens n'existait pas, les trouvailles d'autopsie de ce genre restaient une surprise sans importance.

C'est ainsi que FRANK écrit avoir constaté, au-dessus d'un rétrécissement sigmoïdien, un énorme diverticule du volume du poing (?) et que SYDNEY JONES avait découvert plusieurs diverticules, dont un ulcéré.

Au contraire, les travaux récents nous ont frappé par l'importance qu'ils donnent à la diverticulite et par le fait qu'ils ont mis en relief le rôle de cette diverticulite dans l'étiologie des fistules sigmoïdo-vésicales. En voici un aperçu :

MAXWELL TELLING et GRUNER publient une série de 324 cas de diverticulite avec 38 fistules (11,73 %); MUMMERY, 87 diverticulites avec 4 fistules (4,6 %); MAILER, 100 diverticulites avec 14 fistules (14 %). CYRIL apporte une série de 20 diverticulites dont 7 compliquées de fistules (35 %).

Si maintenant on cherche, dans les protocoles

(1) Pour les détails concernant les diverticules du côlon, nous ne pouvons faire mieux que de conseiller au lecteur de consulter le rapport de R. SOUPAULT.

opératoires ou nécropsiques des observations de fistules sigmoïdo-vésicales, la présence d'autres diverticules coliques, on trouve :

Dans les 34 cas de fistules de la Clinique MAYO, 6 diverticules (17,64 %); pour BRYAN, 42 fistules dont 21 avec diverticulite, soit 50 % (15 certains et 6 probables).

Pour nous, sur 90 fistules sigmoïdo-vésicales (diagnostiquées), 46 sont accompagnées de diverticulite, soit 51,1 % (41 certains et 5 probables).

b) TUBERCULOSE. — En opposition avec la diverticulite, cette étiologie est rarissime. MAYO l'a observée une fois sur 42 fistules et nous en avons trouvé 2 cas : celui de MAILER et une des observations de GOUVERNEUR (obs. 122).

c) SYPHILIS. — De même rang étiologique, elle a été signalée une fois par BRYAN sur 42 cas et nous l'avons relevée deux fois : le cas de DELBET (encore la preuve ne nous paraît-elle pas faite d'une façon irréfutable) et le cas de JEANBRAU où le traitement d'épreuve anti-syphilitique a amené la guérison et a prouvé en même temps la nature de la fistule.

d) PARASITES. — Cette éventualité est signalée une fois par BRYAN, et nous en avons trouvé deux exemples : Chez le malade de LEVISON, l'examen des selles et plus tard celui de l'appendice ont affirmé l'origine amibienne de la fistule. Chez celui de BEDRNA l'examen du pus d'un abcès découvert au cours de l'opération montra des filaments actinomycosiques. Et à l'autopsie on a découvert du reste plusieurs collections contenant les mêmes filaments.

e) **ULCÈRE SIMPLE DU SIGMOÏDE.** — Noté une fois par BRYAN, nous l'avons trouvé deux fois signalé par HOLMES et par MAUNDER qui ont pu étudier la lésion d'assez près à l'autopsie de leurs malades.

Les autres lésions incriminées l'ont été plutôt théoriquement : typhoïde, colibacillrose, gonococcie (?) (SUTTON). Nous n'avons pas trouvé d'observations de ce genre.

Il nous reste à signaler la coexistence du diverticule et du cancer.

Cette association, indiquée pour la première fois en 1903, par KOCH et HOCHENEGG, n'est pas exceptionnelle. MAYO, par exemple, considère que les diverticules sigmoïdiens sont à l'origine de la plus grande proportion des cas de cancer (13 sur 42, soit 31 %). Pour MAILER et BALLIN, le cancer prendrait naissance dans le fond du récessus diverticulaire, sans donner lieu à une sténose colique. De même, pour HANFIELD JONES, GIFFIN, MASSON.

Enfin, dans un travail tout à fait récent, RANKIN et BROWN ont repris la question d'après les documents de la Mayo Clinic et donnent les chiffres suivants, auxquels on peut se tenir : 4 cancers sur 227 cas de diverticulite (1,8 %) et 4 diverticuloses sur 679 cas de cancer (0,6 %).

Du point de vue de la fistule, bien que la chose ne soit pas impossible, nous n'avons pas rencontré d'exemple où cette coexistence soit signalée, ce qui s'explique assez bien du fait de la difficulté d'identifier les deux lésions quand les circonstances ne sont pas favorables à l'étude.

2° FISTULES A POINT DE DÉPART VÉSICAL. — Elles sont incomparablement plus rares que les précédentes. Nous suivrons le même plan et nous distinguerons brièvement les fistules cancéreuses d'une part et les fistules inflammatoires d'autre part.

A) *Fistules d'origine néoplasique.* — Bien peu nombreux sont les cancers primitifs de la vessie qui se fistulisent dans l'intestin. Il en existe cependant des cas irréfutables et BRYAN l'a constaté deux fois sur 42 cas; nous n'avons à ajouter qu'une seule observation : celle de BOEHM et DEAN (obs. 49), où il s'agissait d'un adéno-épithéliome de la vessie propagé au côlon pelvien.

B) *Fistules d'origines inflammatoire.*

a) DIVERTICULE VÉSICAL. — C'est le cas de DAVID (obs. 85) qui a pu découvrir chez un de ses malades au moyen de la cystoscopie, l'orifice de la fistule au fond d'un diverticule vésical.

b) TUBERCULOSE. — Elle entre pour peu dans l'étiologie de ces lésions. C'est encore dans les publications de DAVID que nous avons relevé le cas d'une biopsie faite au cours d'une cystoscopie qui permit d'affirmer l'extension de la lésion à l'intestin voisin, et démontra la tuberculose vésicale, confirmée par l'autopsie (obs. 84).

c) SYPHILIS. — BLANC et NEGRO, chez leur malade affirment, après des examens répétés, que la fistule était consécutive à une gomme syphilitique de la vessie.

3° FISTULES DONT LE POINT DE DÉPART N'EST NI LE CÔLON, NI LA VESSIE. — C'est en général une affection génitale (chez la femme) qui est en cause. C'est ainsi que deux cas sont rapportés par BRYAN, où la fistule se produisit à la suite d'un abcès ovarien. Nos recherches nous ont permis de relever le cas de SAVARIAUD, où une lésion annexielle grave fut suivie d'une double perforation.

Le carcinome de l'ovaire, dit DAVID, se développant aux dépens des tissus péri-vésical et péri-sigmoïdien peut causer une communication entre ces deux organes.

Mais la perforation appendiculaire avec abcès pelvien consécutif s'ouvrant à la fois dans le réservoir intestinal et dans le réservoir urinaire réalisa cette communication deux fois, chez le malade de GORDON CRAIG et chez le malade de MOONS.

En conclusion, nous devons admettre que la grande majorité des fistules sigmoïdo-vésicales est d'origine inflammatoire et a pour point de départ une diverticulite sigmoïdienne. Le cancer vient en deuxième rang, mais assez loin, les autres étiologies devant être considérées comme très rares.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions anatomo-pathologiques sont essentielles à considérer, non seulement au point de vue pratique du traitement de pareilles lésions, mais aussi pour en comprendre les caractéristiques cliniques.

Le mode de formation des lésions, leur étendue, leur siège, la détermination du point de départ, tels sont les éléments que nous devons d'abord préciser.

Toutefois, nous croirions déborder le cadre de ce travail en nous étendant sur l'anatomie pathologique des affections causales les plus courantes qui sont — nous l'avons vu — les diverticules et le cancer, et nous nous bornerons à considérer la fistule constituée.

Basé sur les autopsies et sur les comptes rendus opératoires, ce chapitre comprendra quatre parties :

- 1° Les lésions péritonéales et épiploïques;
- 2° Les altérations de l'anse sigmoïde;
- 3° Les altérations de la vessie;
- 4° Le mode de communication proprement dit.

Nous avons préféré cette classification des lésions de la superficie à la profondeur, telles que le chirurgien les rencontre en allant à leur découverte.

1° LES LÉSIONS DU PÉRITOINE ET DE L'ÉPIPLOON.
— Avant tout, ce qu'on rencontre au pourtour des fistules sigmoïdo-vésicales, c'est un processus de péritonite plastique le plus banal et superposable à celui des pelvi-péritonites, des appendicites, etc.

La communication entre ces deux cavités égale-

ment septiques ne se faisant que par l'intermédiaire d'un foyer inflammatoire, supposé ici, *a priori*, d'évolution subaiguë, il est dans la règle que des adhérences protectrices viennent former un barrage auquel participent non seulement le sigmoïde et la vessie, mais d'autres organes abdominaux.

Ces adhérences, en effet, peuvent être très étendues, englober les anses grêles, et même — s'il est suffisamment mobile — le cæcum; l'épiploon, par son extrémité inférieure, y prend toujours part.

La consistance et les caractères de ces adhérences sont variables; tantôt facilement dissociables (cas de CERNÉ), elles sont souvent moins discrètes, constituant des obstacles sérieux; chez un des malades de DAVID (obs. 84), les adhérences fibreuses bloquaient à tel point la région qu'il fut difficile d'identifier le gros intestin lui-même; le cas de GOUVERNEUR (obs. 122) en est un autre exemple, où tout l'abdomen était symphysé. De pareils cas sont loin d'être rares.

Il semble ne pas y avoir de rapport entre la résistance des adhérences et leur étendue. Parfois, en effet un petit foyer de péritonite plastique peut être extrêmement fibreux et s'opposer aux manœuvres de clivage (SOUPAULT : véritable symphyse sur l'étendue d'une petite paume de main et qui dut être disséquée aux ciseaux).

Par contre, chez le malade de GORDON CRAIG, il y avait une masse d'adhérences de prime abord considérable (iléo-cæco-sigmoïdo-vésicale), malgré quoi la libération fut facile.

Dans certaines circonstances, toute manœuvre est impossible, la masse inflammatoire collant à la paroi

pelvienne et abdominale, englobant les viscères et interdisant l'accès sous peine de complications redoutables (cas de FEY).

Le compte rendu nécropsique de RABOUAM est tout à fait démonstratif :

« Péritoine qui revêt la face postérieure des parois abdominales, le foie et l'estomac piquetés et épaissis. Grand épiploon adhérent à 3 cm. du pubis à la paroi antérieure de l'abdomen, de manière à former au-dessus une cavité sans communication avec l'excavation pelvienne; il formait au devant de la masse intestinale ensevelie sous lui une espèce de membrane composée d'une matière albumineuse, concrétée, granulée et comme tuberculeuse. Les circonvolutions intestinales collées à lui et entre elles au moyen d'une matière analogue. »

Ce qui aggrave en effet parfois la situation, c'est l'existence de foyers purulents. En voici un autre exemple fourni par MERCIER :

« L'épiploon adhérent à la paroi abdominale limite en avant une cavité grosse comme un œuf, pleine de pus et ainsi limitée : en avant, paroi abdominale; en arrière, anses iléales adhérentes; en haut, épiploon fixé à la paroi; à droite, l'iléon; à gauche, une partie de l'S iliaque; en bas, le sommet et la face postérieure de la vessie. »

Ces grosses cavités sont cependant exceptionnelles, et ce qu'on trouve le plus souvent, ce sont de petits foyers purulents, disséminés et multiples, comme dans le cas de ROWLANDS et celui de FEY, où de petites cavités étaient, l'une kystique, à liquide clair et sans doute devenu aseptique, et l'autre encore purulente,

Ces notions sont importantes pour l'opérateur, qui doit connaître tous les écueils qu'elles signalent.

2° LES ALTÉRATIONS DU CÔLON. — Elles sont tout-à-fait remarquables.

La muqueuse a quelquefois, quoique très rarement, conservé son aspect normal (cas de MAILER).

Elle subit, en général, des modifications inhérentes au développement d'une inflammation aiguë ou subaiguë, ou d'un néoplasme.

La lumière intestinale est modifiée, l'anse souvent distendue en amont par une stase de gaz et de matières; en aval, par contre, le calibre est tantôt normal, tantôt diminué; entre les deux portions, zone de la fistule, se constitue, par modification des parois, une sténose quelquefois très accentuée. Ceci est un point essentiel, qui doit guider la tactique opératoire, nous ne saurions trop y insister.

Chez le malade de CRISTOPHE, la sténose était tellement prononcée qu'elle laissait à peine s'engager l'extrémité d'une pince de Kocher.

La paroi colique hypertrophiée, infiltrée, fait masse avec le méso-sigmoïde également épaissi et avec tout le tissu péricolique qui participe et réagit au processus inflammatoire ou est envahi par le néoplasme.

Dans plusieurs observations, on put, à première vue, noter les lésions en cause. RIEDER dit (obs. 79) :
« La partie inférieure du sigmoïde adhère à la vessie.
« Au-dessus de cette partie accolée, existent plusieurs
« diverticules, gros chacun comme une cerise, et l'un
« d'entre eux est perforé. »

Les exemples de ce genre ne sont pas rares.

Par contre, il existe des aspects beaucoup moins

favorables dans lesquels l'hypertrophie de la paroi colique est considérable, l'infiltration sous-muqueuse intense, la dureté des tissus telle que la sigmoïdite pourtant inflammatoire et la péricolite calleuse forment une masse impossible à identifier. Les chirurgiens les plus expérimentés ont pu s'y laisser tromper ou déclarer leur incapacité à trancher d'emblée la question. BALLIN, insistant sur ce point si important, dit connaître un cas où le chirurgien et l'anatomopathologiste étaient d'accord sur l'origine cancéreuse de la masse, alors qu'il fut prouvé plus tard que celle-ci était d'origine diverticulaire et inflammatoire. De tels exemples abondent. HÄNEL dit à propos de sa malade : « La vessie est adhérente par sa paroi droite au sigmoïde; ce dernier montre à cet endroit une tumeur dure et fixe. Cette tumeur est considérée comme suspecte de malignité, d'autant plus que l'on peut sentir des ganglions mésentériques tuméfiés et, sous la séreuse intestinale, on trouve de petits nodules, de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. » L'examen microscopique d'un de ces nodules prélevé fit la preuve qu'il s'agissait d'un petit diverticule rempli de matière fécale durcie.

Réciproquement, DAVID et KRETSCHMER (obs. 83), faisant au cours de l'intervention le diagnostic de diverticulite perforée, l'examen histologique de la pièce réséquée montra qu'il s'agissait bel et bien d'un néoplasme.

Bref, cette forme tumorale de la diverticulite sigmoïdienne, assez fréquente somme toute, doit toujours être présente à l'esprit du chirurgien, afin d'éviter les erreurs de diagnostic anatomo-pathologique et pour

ne pas manquer — si l'extirpation de la masse est contre-indiquée, — de faire pour le moins une biopsie qui fixera la conduite ultérieure. Il faut bien savoir que l'envahissement néoplasique n'occupe pas toujours la totalité de la masse et qu'une lésion cancéreuse peut s'être développée secondairement sur une infiltration inflammatoire diverticulaire; la biopsie doit donc être répétée en plusieurs points, les plus suspects évidemment.

CUNNINGHAM avait fort bien noté, chez sa malade, que la masse n'occupait que la moitié antérieure de la circonférence colique.

L'orifice intestinal de la fistule est situé le plus souvent à la face antéro-inférieure de l'anse sigmoïde, entre la limite du côlon descendant et celle du rectum, variable par conséquent suivant les cas, le plus souvent au sommet de la courbe ou sur la branche distale (ce qui s'explique d'ailleurs anatomiquement fort bien par la topographie normale des deux organes); il occupe le bord libre de l'intestin.

L'orifice est de forme et de dimensions variables. MERCIER trouve, au niveau de l'S iliaque, une ulcération de 16 mm. de diamètre sur toute l'épaisseur, sauf la muqueuse, dont l'ouverture n'avait que 5 mm. RABOUAM note des dimensions d'une pièce de 2 francs, à bords irréguliers, sur une ulcération siégeant également au niveau de l'S iliaque. Dans le cas de MALCOLM, il y avait une large ouverture à bords fongueux. A l'opposé, VESEEN, après séparation de la vessie et du côlon, ne peut découvrir tout d'abord l'orifice fistuleux, tant il est minuscule.

Pour les lésions néoplasiques, la perte de substance est habituellement considérable, tandis que, pour les lésions inflammatoires, c'est l'inverse; cette règle, toutefois, n'a rien d'absolu. C'est ainsi que JUDD trouve un orifice de 5 cm. de diamètre dans une diverticulite fistulisée (obs. 90).

A côté de ces orifices uniques, on peut voir, plus rarement il est vrai, des communications multiples : HEINE, sur sa pièce, trouve plusieurs diverticules ulcérés à leur base et communiquant avec la vessie. CHUTE, dans un de ses cas (obs. 46), découvre deux perforations communicantes. BRUCHET avait noté, lui aussi, à l'autopsie, quatre orifices, deux au-dessus et deux au-dessous d'une sténose.

3°—LES ALTÉRATIONS DE LA VESSIE. — Nous n'insisterons pas sur les lésions vésicales ayant donné naissance à la fistule comme dans le cas de DAVID, par exemple, (obs. 84) où il existait une ulcération tuberculeuse.

D'une façon générale, la vessie est diminuée de volume, sa capacité est réduite; l'organe est parfois contracté, rétracté; à la coupe, les parois sont épaissies, épaississement soit inflammatoire, soit néoplasique; la péricycstite très fréquente, quelquefois bien marquée, fait corps avec la péricystoïdite.

En ce qui concerne la muqueuse vésicale, on pourrait penser a priori que le passage des matières fécales dans le réservoir urinaire et la stagnation au niveau de cette muqueuse vésicale dussent aboutir à une grave inflammation.

GUYON, dans « Les leçons de clinique sur les maladies des voies urinaires », dit au contraire combien

la vessie résiste victorieusement et longtemps à l'infection locale.

A l'appui de cette juste remarque, nous avons été étonné de constater le nombre de malades chez lesquels la muqueuse vésicale était restée indemne, malgré la longue durée de l'affection. La malade de FEX, atteinte d'une fistule depuis 1931, n'a jamais présenté jusqu'à présent ni cliniquement le moindre signe de cystite, ni cystoscopiquement la moindre altération de la muqueuse. Les cas de cette espèce ne sont pas rares.

L'inflammation de la muqueuse vésicale ne figure pas parmi les phénomènes précoces; surtout, elle évolue lentement et n'est, pendant longtemps, que peu accentuée. Les symptômes urinaires que l'on rencontre très souvent déjà avant l'apparition de la fistule ne sont que d'ordre mécanique et guère en rapport avec l'altération de la muqueuse; nous verrons le haut intérêt de ces symptômes précoces dans le chapitre de la symptomatologie.

Toutefois, on peut théoriquement, avec LETT, résumer de la manière suivante les modifications susceptibles d'être rencontrées :

— dans les cas récents, généralement, cystite aiguë avec zone oedématiée correspondant au siège de la fistule, même quand celle-ci n'est pas visible à l'œil nu (cas de MORRISSEY);

— si, au contraire, la fistule existe depuis quelque temps et s'il y a ouverture, même toute petite, la cystite devient moins aiguë, l'oedème disparaît et est ultérieurement remplacé par une petite zone ulcé-

rée, comme dans le cas de WILLAN (obs. 108), (voir à ce sujet notre chapitre de Cystoscopie).

Les lésions post-mortem sont naturellement au maximum d'intensité : muqueuse épaissie, couverte d'un enduit muco-purulent; au-dessous, aspect gris ardoisé des tissus, ou verdâtre avec points ecchymotiques; dans le cas de MERCIER, la muqueuse était ardoisée; dans le cas de RABOUAM, elle était épaissie et noirâtre; dans le cas de MALCOLM, il existait plusieurs points ulcérés.

Quant à l'orifice vésical, on le rencontre à peu près sur toutes les faces de la vessie, dans sa moitié gauche, à l'exception toutefois — et c'est bien naturel — de la face antérieure. Chez l'opéré de SOUPAULT, il siégeait tout-à-fait en haut, à l'union du dôme et de la face postérieure; en opposition, dans le cas de DELBET, il se trouvait sur la face inférieure, donc très bas; le plus souvent, on le rencontre dans la moitié gauche de la paroi postérieure.

Il est facile de comprendre combien cette situation joue un rôle important au cours de l'acte opératoire et les difficultés de réparation de certaines pertes de substance très bas placées (bas-fond pelvien, proximité de l'uretère: SCHOCKAERT): exceptionnellement, l'orifice siége à droite, mais suggère tout d'abord l'idée d'une fistule caeco-vésicale (cas de HÄNEL).

Quant à son aspect et à sa taille, les variétés sont nombreuses, là aussi. A l'autopsie du malade de MERCIER, la paroi vésicale était percée comme à l'emporte-pièce. Dans le cas de RABOUAM, l'orifice était grand comme une pièce de 2 francs; chez un malade de DOBSON (obs. 79), le carcinome était fistulisé dans une

cavité purulente, et celle-ci largement ouverte dans la vessie.

Ces orifices de grandes dimensions sont rares et surtout propres au cancer, mais dans la majorité des cas, ils sont plutôt de petites dimensions : TÜNGEL, BALLIN (aiguille de couturière); ils sont même parfois tellement minuscules et tellement perdus dans la zone inflammatoire, qu'on ne parvient pas à les repérer à l'examen direct et encore moins, bien entendu, à la cystoscopie.

Il est vraisemblable que, dans certains cas, des bourrelets muqueux forment clapet, ce qui explique que LE GAC (obs. 107) ayant tenté le repérage, au cours de l'intervention, au moyen d'une solution de bleu de méthylène injectée dans la vessie, ne réussit pas à faire sourdre le liquide coloré à travers la paroi vésicale, de l'intérieur de l'organe vers la cavité péritonéale. Enfin, comme sur le sigmoïde, on peut trouver plusieurs orifices : HÄNEL en nota deux, dont un donnant issue à des particules fécales. Le cas de BRUCHET en est un autre exemple.

4° LE MODE DE COMMUNICATION. — Le mode de communication est de constitution très inconstante; on peut distinguer deux dispositions principales, que nous appellerons :

- A) la fistule par accollement;
- B) la fistule par trajet intermédiaire.

A) LA FISTULE PAR ACCOLLEMENT (fistule directe). — C'est l'éventualité la plus fréquemment observée; le pourcentage est impossible à indiquer cependant, car les auteurs n'ont pas toujours pris la peine de

préciser ce point dans leurs observations, mais à la lecture des travaux, nous avons trouvé le plus fréquemment cette disposition; l'accollement est constitué par l'union très intime des deux parois intestinale et vésicale et, à part de rares exceptions, cet accollement est résistant, difficile à vaincre, presque impénétrable. DELBET doit l'attaquer aux ciseaux; CERNÉ, au bistouri.

Pour bien préciser les caractères de cette fusion, les auteurs ont employé différentes expressions. Pour SOUPAULT, c'est « une véritable symphyse sigmoïdo-vésicale » et CHAUVIN la compare à une « cysto-sigmoïdostomie ».

B) LA FISTULE PAR TRAJET INTERMÉDIAIRE (fistule indirecte). — Moins fréquente, nous l'avons dit, elle se présente sous deux formes :

- a) ou le trajet est simple et tubulé;
- b) ou il existe une cavité suppurante interposée.

a) Quand le *trajet est simple et tubulé*, il est direct et rectiligne ou plus ou moins tortueux et anfractueux; cette variété est exceptionnelle dans les lésions néoplasiques, où la communication siège au centre d'une masse bourgeonnante. Nous en avons cependant trouvé un exemple de RICHARDSON : « masse cancéreuse sur la flexure sigmoïdienne adhérente à la partie supérieure de la vessie, étroit canal allant de l'intestin à la vessie à travers la masse adhérente ». La longueur et l'épaisseur du trajet varient d'un cas à l'autre. Dans le cas de BUREAU, il était long de 5 mm. et gros comme une plume de poule. Dans le cas de SCHOCKAERT, il atteignait également 5 mm., mais

dans le cas de HEPNER il était long de 2 cm. 5 et cylindrique.

Notons que ces trajets simples sont les plus favorables au point de vue opératoire.

b) Quand il existe une *cavité suppurante interposée*, cette poche n'est pas à proprement parler intrapéritonéale, car elle s'est développée au milieu d'adhérences qui l'isolent complètement; c'est dans ce véritable cloaque que viennent déboucher d'une part le sigmoïde et d'autre part la vessie (Von HABERER); cet abouchement se fait par deux orifices distants ou, au contraire, très proches; ces orifices sont soit directs, soit reliés à la cavité par un trajet analogue à ceux décrits ci-dessus (TELLING).

La poche peut prendre quelquefois des dimensions considérables. Tel le cas de MERCIER : « Au dessous des adhérences unissant l'S iliaque à la paroi postérieure de la vessie, se trouvait un grand foyer s'étendant transversalement depuis l'ouraque jusqu'à l'artère ombilicale et contenant du pus verdâtre fétide. Ce foyer communiquait avec l'S iliaque, avec la vessie et avec un abcès dans l'aine par un trajet qui suivait le cordon ».

CHUTE (obs. 46) rapporte qu'il trouva dans la cavité d'abcès deux communications intestinales et une vésicale; on peut trouver par contre (FORT PITT MUSEUM, obs. 18) deux orifices vésicaux et une large ouverture sigmoïdienne; le même auteur ajoute le détail suivant : il y avait « un petit fragment d'os dans la cavité de l'abcès ».

Pour être complet, signalons la possibilité de plusieurs ouvertures dans chacun des deux organes. BRU-

CHET fait le récit suivant : « Entre la vessie et l'S iliaque appliqué sur le sommet de celle-ci, on trouve une poche de la grosseur d'une noix, limitée de toutes parts par des fausses membranes faciles à déchirer. Sur la vessie, à ce niveau, deux perforations de la taille d'une lentille, juxtaposées. La portion de l'S iliaque en rapport avec la vessie par l'intermédiaire de cette cavité est volumineuse, de consistance solide; sur une hauteur de 6 cm., sa lumière n'admet qu'une grosse plume d'oie. On y découvre une double perforation qui admet l'extrémité de l'index et fait communiquer l'intestin avec la poche; d'autre part, la poche communiquait également par deux orifices, mais plus bas, sur une autre portion de l'S iliaque ».

Il nous reste un dernier détail à mentionner : la *coexistence de fistules vésico-sigmoïdiennes avec un autre trajet fistuleux*. Dans la statistique de la Mayo Clinic, cette association a été mentionnée 8 fois sur 34 cas :

- 4 fistules vésico-iléo-sigmoïdiennes;
- 2 fistules vésico-caeco-sigmoïdiennes;
- 2 fistules vésico-recto-sigmoïdiennes.

Nous avons relevé nous-même 7 nouvelles observations : le cas de MERCIER, où la cavité communiquait avec l'S iliaque, la vessie et une autre cavité inguinale par un trajet qui suivait le cordon spermatique; le cas de SAVARIAUD où la fistule sigmoïdo-vésicale coexistait avec une fistule sigmoïdo-inguinale; le cas de MOONS, où la vessie communiquait avec l'S iliaque et le caecum par deux trajets distincts; le cas de

HARTMANN (obs. 39), qui présentait une fistule vésico-intestinale et une fistule vésico-vaginale.

Chez un de nos malades personnels (obs. 125) il y avait une fistule iléo-colique, et une autre colo-vésicale. La malade de PERRIN avait une fistule colo-vésicale et une autre vésico-cutanée. Enfin le cas de KÜSTER, associait une fistule colo-vésicale et une vésico-vaginale.

Nous voyons, en résumé, combien sont variables les dispositions de ces lésions fistuleuses et combien il est difficile de les classer. Malgré toutes les descriptions et tous les renseignements fournis par les auteurs, rien ne permet dans un cas donné — même si la cause réelle (diverticulite, cancer) et les symptômes (notions nettes d'une communication colo-vésicale) sont connus — de déduire, avant de se trouver en présence des lésions mêmes, le siège, les caractères, l'importance de la communication; par conséquent, on ne peut ébaucher avec quelque probabilité un plan pré-opératoire.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous nous sommes efforcé, en nous appuyant sur le plus grand nombre d'observations qu'il nous a été possible de relever, de noter le plus de détails pouvant conduire à une description précise et minutieuse de la fistule sigmoïdo-vésicale au point de vue clinique.

La symptomatologie de la fistule est connue depuis longtemps, mais il n'en est pas de même du *stade initial* si important à dépister; il faut en particulier insister sur l'intérêt des signes précurseurs qui annoncent l'imminence de l'ouverture de l'intestin dans le réservoir urinaire. Même par la suite, il est bon de préciser les caractères cliniques de la communication entre les appareils digestif et urinaire. Si l'on arrive à déceler plus précocement le premier stade, on pourra parfois éviter que soient observés des cas comme ceux de CHAVANNAZ, de HERCZEL ou de ROTTER, où les malades furent acculés au suicide ou à des tentatives désespérées par suite d'une infirmité redoutable, qui les rendait inaptes à tout travail et à toute vie normale.

Symptomatologie du stade pré-fistuleux. — Ces signes prémonitoires étant en grande partie d'ordre mécanique n'appartiennent pas spécialement à telle ou telle catégorie de lésions causales; cependant, vu la fréquence de la diverticulite dans cette étiologie, nous avons adopté comme moyen de description la méthode suivante :

Nous supposerons une diverticulite du sigmoïde, dont l'évolution se fera progressivement vers la fistulisation intra-vésicale, et nous la suivrons pas à pas au cours de cette évolution, en donnant à chaque étape quelques exemples tirés des observations recueillies. (1)

Cette description comporte donc deux parties :
— d'une part, les signes propres à la diverticulite du sigmoïde, que nous rappellerons brièvement.

— d'autre part, les signes très particuliers de l'évolution vers la *perforation* avec atteinte progressive de la vessie, qui nous retiendront davantage.

Les caractères propres à la diverticulite du sigmoïde sont en général les suivants : sujet habituellement obèse, bon mangeur, ayant présenté au cours des mois ou des années précédents une suite plus ou moins longue de troubles gastro-intestinaux (constipation avec alternative de diarrhée, crises périodiques de colite avec petites poussées d'obstruction accompagnées d'une légère élévation thermique); le palper révèle une douleur vague assez diffuse ayant son siège électif dans la fosse iliaque gauche avec irradiation soit en arrière vers la région sacrée, soit vers l'hypogastre, soit encore vers l'ombilic; la main qui palpe sent un boudin épais, empâté; chaque crise est un peu plus forte que la précédente. C'est ainsi qu'Ed-

(1) Nous n'avons trouvé que 7 observations, dont une personnelle, dans lesquelles l'évolution de la diverticulite a pu être arrêtée avant la fistulisation et nous les citons dans ce paragraphe en les désignant par des chiffres romains, afin d'éviter la confusion avec nos observations de fistules.

WARDS dans sa série de 19 fistules sigmoïdo-vésicales relève pour chacune une histoire variant de un mois à 13 ans; la durée moyenne dans 15 cas était de 9 mois à 3 ans. La lecture des observations nous confirme dans cette vue.

D'autre part, les *signes appartenant plus particulièrement à l'évolution fistuleuse* sont des signes urinaires précoces, précédant quelquefois de longtemps la communication elle-même. Nous proposons de les réunir sous forme d'un syndrome que nous appelons la « *fausse cystite pré-fistuleuse* ».

Un sujet en bonne santé apparente, mis à part quelques désordres gastro-intestinaux, négligés le plus souvent, voit apparaître un jour quelques troubles urinaires, lentement progressifs; on peut les décrire au nombre de quatre :

- 1° pollakiurie;
- 2° miction difficile s'accompagnant de gêne ou de douleur;
- 3° tiraillements intra-pelviens à la fin de la miction;
- 4° urines absolument claires (pendant longtemps).

On retrouve cette tétrade d'une manière presque constante dans les antécédents des porteurs de fistules sigmoïdo-vésicales. Mais il semble qu'on n'y ait pas attaché l'importance nécessaire et cette phrase de PASCAL en est la meilleure preuve : « Certains malades ne s'aperçoivent que par hasard de l'existence d'une communication anormale entre la vessie et l'intestin; ce sont le plus souvent de vieux urinaires

« atteints de cystite, avec ou non rétrécissement de l'urètre. »

Il y a là erreur d'interprétation manifeste et nous pensons que la cystite dont il est question est bel et bien une *fausse cystite* subordonnée à des phénomènes inflammatoires péri-vésicaux pré-fistuleux.

Dans quelles proportions se rencontre ce syndrome?

LETT sur 172 cas de diverticulite a noté 17 cas dans lesquels les signes urinaires ont existé, et 7 de ces 17 cas sont arrivés à la fistulisation; les autres ont été diagnostiqués et traités avant la production de la fistule. CYRIL, dans une série de 20 cas de diverticulite, en a remarqué 10 présentant ce syndrome, dont 7 ont abouti à la fistule.

Dans notre série de 125 cas de fistules sigmoïdo-vésicales, nous avons laissé de côté ceux qui avaient eu des accidents urinaires (d'origine vénérienne ou autre) susceptibles de fausser les proportions, et cependant nous avons trouvé 53 cas dans lesquels ce syndrome était net sans cause d'erreur possible.

RANKIN et JUDD ont fait cette remarque qu'il n'est pas nécessaire que le côlon se fistulise pour qu'apparaissent les accidents révélateurs de la participation vésicale.

Le mécanisme de cette *fausse cystite* est simple et, avec RIEDER, nous en donnons l'explication : La pollakiurie est due à l'irritation inflammatoire de la paroi vésicale. La péricystite une fois installée, l'inflammation s'est propagée à la paroi vésicale et c'est cette péricystite qui provoque l'envie fréquente d'uriner.

C'est par le même processus inflammatoire que les adhérences péritonéales se sont formées et ont uni plus ou moins étroitement la vessie à l'intestin; cet accollement provoque le tiraillement lorsque la vessie se vide et se plisse à la fin de la miction, en même temps que la difficulté de cet acte physiologique.

BALLIN explique également la dysurie du fait de l'oedème du méso-sigmoïde par la lymphangite partielle du diverticule infecté et la compression consécutive de l'uretère gauche s'accompagnant d'un état hydro-néphrotique plus ou moins prononcé.

Donc, la péricystite est la première étape d'une diverticulite qui va se fistuliser dans la vessie, étape capitale et presque toujours décelable par un examen clinique minutieusement fait.

A partir de là, on peut observer deux évolutions différentes :

Tantôt marche aiguë : c'est perforation plus ou moins brutale au milieu des adhérences formant une péritonite circonscrite, abcès périvésical que la paroi de la vessie entoure en partie jusqu'au moment où elle sera traversée.

Tantôt, évolution chronique ou subaiguë : formation d'une tumeur inflammatoire sigmoïdo-vésicale où lentement, la fistulisation s'établira.

Entrons plus avant dans l'analyse sémiologique :

a) STADE DE PÉRICYSTITE. — L'intensité des signes périvésicaux est variable à ce stade, nous l'avons vu : de la simple gêne à la miction jusqu'à l'intolérance complète avec pollakiurie incessante; dans nos observations, on trouve tous les degrés.

LETT cite 6 cas, parmi lesquels 3 avec difficulté au début de la miction, 1 avec simple dysurie, 1 avec pollakiurie et 1 avec douleur violente. Chez 5 de ces malades, les urines étaient claires, chez le sixième, elles étaient louches et l'ensemencement montra des staphylocoques blancs; chez tous, enfin, la cystoscopie était négative.

Parmi nos 7 observations, 4 appartiennent à cette catégorie; la progression des signes est lente mais — particularité intéressante — ces cris d'alarme urinaires s'accroissent au cours des crises abdominales. EDWARDS l'a remarqué aussi. Inversement, à la fin de chaque poussée sigmoïdienne, on assiste à la rétrocession vésicale; les signes vésicaux s'atténuent sans toutefois disparaître complètement jusqu'à la nouvelle crise.

Dans une de nos observations personnelles récentes, (obs. I), le malade qui s'analysait beaucoup a comparé ce qu'il éprouvait à la « lenteur amorcée de la miction », suivant sa propre expression. Plus tard, la miction devint douloureuse et si difficile qu'il était obligé de s'étendre dans une certaine position avant d'uriner. Chez la malade de CHUTE (obs. II), la pollakiurie était tellement intense que cette malade préféra porter une sonde jusqu'à sa mort,

Cette période est d'une durée variable, mais peut parfois se prolonger étonnamment. C'est ainsi que RIEDER cite un cas (obs. 76) où les troubles vésicaux ont persisté pendant dix ans avant qu'apparaissent la fistule et son cortège caractéristique.

Le fait capital consiste dans la *négativité des examens endoscopiques*; la cystoscopie ne montre

rien ou une auréole rouge légèrement œdématisée, difficile à mettre en évidence, correspondant selon toute vraisemblance à la zone des adhérences; avec CHUTE, nous estimons qu'il y a là précisément un élément de diagnostic précoce important, en rapprochant cette vague atteinte vésicale de l'absence complète de lésion de l'arbre urinaire proprement dit.

D'autre part, nous avons vu que les urines étaient le plus souvent claires.

Les médicaments habituellement en usage dans les cystites restent inefficaces, de même que les lavages de vessie et autres soins de cet ordre qui ne modifient nullement l'évolution (obs. II).

L'examen abdominal à cette période peut révéler une sensibilité de la fosse iliaque gauche; l'état général est bon; seul, l'examen radiologique bien fait pourra déceler des aspects révélateurs (côlon en accordéon, présence de diverticules isolés ou en grappes); le cliché de notre malade en est un bel exemple (fig. 1). Nous signalons pour mémoire la remarque de RIEDER qui met en garde contre une cause d'erreur consistant à prendre les ombres des calculs stercoraux intra-diverticulaires décelés par la radiographie pour de petites concrétions intra-ut^vérales, cette idée étant suggérée par l'existence d'accidents urinaires.

En résumé, en présence d'un malade atteint de légers troubles colitiques gauches, qui se plaint de troubles vésicaux tenaces qu'aucune cause habituelle ne vient expliquer, il faut penser à la diverticulite; bien plus : la mettre au premier plan du diagnostic possible; procéder au plus tôt à un examen radiologique du côlon, et faire un examen cystoscopique.

Cbs. I. — Personnelle.

A. B., âgé de 40 ans, vient consulter le Docteur Soupault le 24 mai 1936, avec l'histoire suivante :

Il a depuis 20 ans 4-5 selles par jour, et depuis 2 ans elles sont dans la même journée 2-3 fois normales, et 2-3 fois diarrhéiques. D'autre part il a constaté il y a plusieurs mois une « lenteur amorcée » de miction (suivant son expression) sans aucune douleur.

Le 13 mars 1936, après un repas assez copieux, il a fait une crise caractérisée par : ballonnement du ventre, douleur abdominale surtout à la fosse iliaque gauche avec irradiation ano-rectale. La température est montée à 38°5; en même temps difficultés de miction (il avait la sensation d'avoir la vessie serrée). Sa crise fut suivie par des selles glaireuses et sanguinolentes.

Son médecin lui a prescrit des pilules de bleu de méthylène, et des suppositoires décongestionnants.

Quelques jours plus tard une nouvelle crise : selles très glaireuses, et douleur vésicale au moment de la miction (tiraillement); impossibilité d'uriner (il était obligé de s'étendre un certain temps avant chaque miction); mictions de plus en plus nombreuses; urines absolument claires. Il a eu en tout 5 crises, durant chacune 4-5 jours.

Dans l'intervalle des crises, douleur abdominale moins fortes. Pollakiurie et dysurie persistant, mais moins intenses.

Par ailleurs il a eu habituellement une bonne santé, a toujours été un bon mangeur; il est très nerveux et n'a aucun antécédent vénérien.

A l'examen, malade de bon aspect général. Le ventre est sensible à la palpation surtout la fosse iliaque gauche où on sent une masse assez dure et immobile. Le toucher rectal ne montre rien d'anormal.

L'examen des selles montre de l'entamoeba coli, et des colibacilles.

La rectoscopie ne donne aucun renseignement.

Examen radiologique (fig. 1) fait le 5 mai 1936, voici le compte rendu :

La radioscopie du côlon par lavement baryté montre une difficulté assez marquée de progression du lavement dans la 1^{re} anse sigmoïdienne. A ce moment les quelques parcelles de baryte qui

franchissent cette région sont rapidement refoulées par des contractions spasmodiques violentes et douloureuses. Il en est ainsi pendant une dizaine de minutes. A ce moment l'ensemble du cadre commence à se remplir et les réactions spasmodiques se font moins violentes. La tête de la colonne barylée progresse par

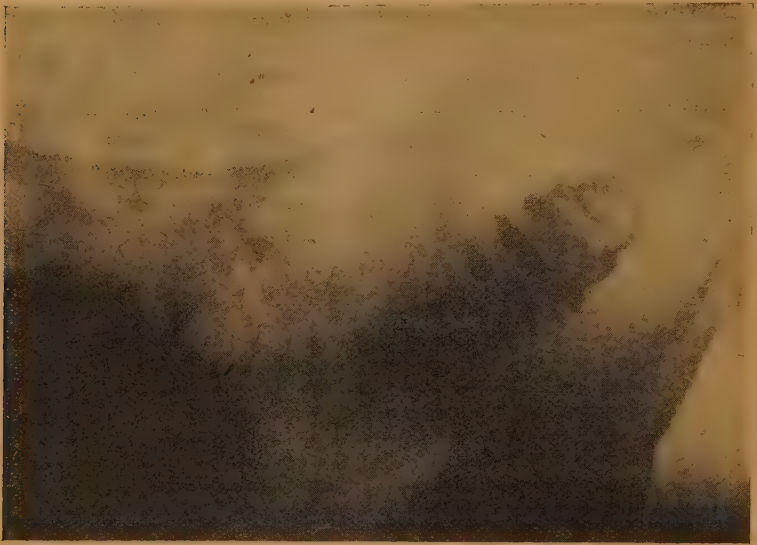


FIG. 1. — Radiographie du malade de l'observation I.
Remarquer l'aspect du côlon en accordéon.

à-coups. Lorsque le cadre colique est rempli, la palpation des différents segments montre leur mobilité normale. La région sigmoïdienne correspond à l'endroit où le malade accuse une douleur assez nette à la palpation. L'examen des clichés pris après lavement baryté, puis après lavement d'air consécutif à l'évacuation de la baryte montre l'existence de signes radiologiques nets de colite-spasmodique fortement marquée surtout à gauche, sans qu'apparaissent à aucun moment de signes nets de sténose même partielle.

On porte donc le diagnostic de sigmoidite très probablement diverticulaire et on met le malade à un régime strict et aux désinfectants du tube digestif.

Les crises disparaissent et 7 semaines environ plus tard on

renouvelle les examens radiologiques dont voici le résultat :

Le 30 juin 1936 (fig. 2). On administre sous l'écran un lavement baryté qui progresse régulièrement sans temps d'arrêt. La réplétion complète est obtenue après injection de 1.200 c.c. La tolérance est bonne; en particulier le sigmoïde reste injecté pen-



FIG. 2. — Radiographie du même malade. On note ici la présence de plusieurs diverticules et surtout le peu de changement d'aspect du côlon malgré deux mois de traitement médical.

dant la progression du lavement et ne présente pas les contractions violentes signalées lors du premier examen. Ampoule rectale à contours réguliers. La branche supérieure du sigmoïde et inférieure du côlon descendant ont un aspect spasmodique avec incisures réalisant l'aspect « en vis de presseoir ». Pas de sténose à leur niveau. Il existe quelques petites images de diverticules de très faibles dimensions.

Le malade suit son régime et son traitement, jusqu'au mois de décembre 1936, où un nouvel examen radiologique donne les mêmes renseignements que celui du 30 juin : le côlon spasmodique et des diverticules.

Cliniquement les signes sont atténués, il a eu encore 1 crise

depuis, mais peu violente. Les signes urinaires sont très atténués.

La palpation fait sentir encore la masse sigmoïdienne qui est cette fois-ci assez mobile, et très peu sensible.

Certes le traitement médical a été efficace, au point de vue clinique, mais n'a pas beaucoup changé les lésions anatomiques. Nous ne pouvons pas prévoir le pronostic de ce cas. (Voir le traitement du stade pré fistuleux, p. 89).

Obs. II. — CHUTE. *J. of. urol.* 1929. T. XXI, p. 13-21.

Femme de 74 ans atteinte depuis un an d'une irritation vésicale avec douleur intense au bas-ventre. Les urines n'ont montré rien d'anormal.

A la cystoscopie à part un petit *aréa* rouge à gauche de la paroi postérieure de la vessie je n'ai trouvé aucune lésion pouvant expliquer sa forte cystite. On soigna sa vessie avec des antiseptiques légers non seulement sans aucune amélioration, mais avec l'accentuation des signes et même une hémorragie vésicale.

En janvier 1925 la malade a souffert beaucoup des gaz intestinaux, des douleurs abdominales et surtout d'une pollakiurie tellement intense qu'on lui a mis une sonde à demeure pour un mois. Pendant ce temps là les troubles vésicaux ont diminué, malgré une légère infection des 2 reins probablement produite par la sonde à demeure.

Après ce traitement elle se porta bien pendant quelques mois sauf une légère accumulation de gaz dans l'intestin provoquant une envie forte d'uriner, mais sans douleur à la miction; urine normale.

L'examen radiologique du côlon, au baryum, montre un sigmoïde spasmodique avec de nombreux diverticules. Les lavements et le régime amenèrent des périodes d'amélioration, mais la pollakiurie était tellement intense que la malade fut obligée de porter une sonde à demeure jusqu'à sa mort survenue un an et demi plus tard, après deux hémorragies cérébrales. On n'a pas fait d'autopsie.

Obs. III. — CHUTE. *J. of. urol.* 1929. T. XXI, p. 13-21.

Curé de 58 ans, vu en 1925 pour une irritation vésico-rectale très intense. Je n'ai pas pu trouver à l'examen une anomalie quelconque de son tractus urinaire, et comme il avait une intermittence de symptômes suggérant l'idée de diverticule, je l'ai confié aux soins d'un radiologiste.

L'examen après le baryum montrant un grand nombre de diverticules au niveau du sigmoïde touchant la vessie, sans être apparemment adhérent à cet organe. Au cours du passage du baryum on nota un spasme au niveau du sigmoïde indiquant l'irritation de cette partie de l'intestin par la diverticulite. On prescrit le régime approprié et le traitement médical.

L'état s'améliora et la sensibilité vésicale diminua considérablement. Des examens ultérieurs au baryum montrèrent que marchant de pair avec la disparition des symptômes la spasmodicité sigmoïdienne avait diminué de beaucoup.

Obs. IV. — RANKIN, *Surg. Gyn. and Obst.* 1929. T. XXXV, p. 310-312.

Homme de 46 ans; présente depuis 3 ans des crises de douleurs dans la fosse iliaque gauche irradiant vers le scrotum et le pénis avec intermittence de nausée et de vomissement. La crise s'arrête après évacuation intestinale.

6 semaines avant son admission a présenté des signes de cystite : pollakiurie, dysurie augmentées par la fatigue.

Radiologiquement on constate l'obstruction de l'anse sigmoïde. Diagnostic de diverticulite adhérente à la vessie et peut-être cancer. Opération : Tumeur inflammatoire du sigmoïde adhérente à la partie gauche de la vessie. L'iléon également adhérent à la masse. Au dessus de la tumeur, nombreux diverticules du sigmoïde. Extériorisation d'une portion du côlon descendant en vue d'un anus artificiel. Fermeture du ventre.

Le 6^e jour : douleurs très vives, puis apparition soudaine d'un œdème crépitant au scrotum. En deux heures le scrotum est devenu volumineux avec des bulles crépitantes. Il ne pouvait pas s'agir de l'infiltration d'urine, le malade urinait normalement. Aucune extension abdominale; cependant météorisme. L'ouverture de l'anus amena la sédation immédiate des symptômes. L'œdème scrotal disparut lentement en 2 semaines.

b) STADE D'ABCÈS PÉRIVÉSICAL.

Première forme : Petits abcès. — En réalité, il y a une progression insensible entre ce stade et le précédent et, comme le dit LETT, le développement d'une fistule colo-vésicale diverticulaire serait presque tou-

jours précédé par la formation d'un abcès entre le côlon et la vessie. Encore faut-il s'entendre sur ce mot d'abcès, car, dans la grande majorité des cas, il y a seulement quelques gouttes de pus dans un feutrage d'adhérence, qui ne provoquent ni douleur ni fièvre et, par conséquent, sont pratiquement négligées. Ces petites suppurations miliaires, ces petites nappes séropurulentes ne modifient que peu de chose à la conception que nous nous sommes faite du stade initial de péricystite. Tout au plus peut-on admettre logiquement que l'état du malade est un peu altéré, les dernières crises abdominales un peu plus sérieuses et qu'il existe un très léger état infectieux.

L'examen radiologique a ici, comme précédemment, une grosse valeur. COLBY en donne un bel exemple, dans lequel l'abcès, quoi qu'il fût déjà d'une certaine dimension et contînt 30 cc. de pus, ne pouvait faire supposer son existence par aucun signe.

Obs. V. — Georges-Gilbert SMITH, cité par COLBY. *New. Eng. J. of. méd.* 1930. T. CCH, p. 805-807.

Commerçant de 66 ans entré à l'hôpital pour une pollakiurie intense. Toujours bien portant sauf une indigestion ancienne et une iritite rhumatismale.

Peu de temps avant son entrée a présenté un syndrome gastro-intestinal sérieux avec l'alternance de diarrhée et de constipation.

Les symptômes aigus se sont amendés, mais il continue à avoir des douleurs coliques dans le bas-ventre et vide sa vessie toutes les heures (jour et nuit) miction suivie de douleurs.

A l'examen sujet de bonne apparence, pas de perte du poids. Une masse sensible à la palpation au-dessus de la symphyse pubienne jusqu'à l'ombilic. Urine claire contenant quelques cellules de pus. Examen rectal négatif.

Cystoscopie : vessie normale sauf un aréa rouge et œdématié au niveau du dôme vésical.

L'étude gastro-intestinale montre dans la partie inférieure du côlon descendant et supérieure du sigmoïde des diverticules avec une spasmodicité considérable à ce niveau.

Diagnostic de péricystite posé, on opère sous anesthésie locale. En séparant la vessie du péritoine on ouvre une poche contenant à peu près 30 c. c. de pus épais, on draine et on ferme la plaie.

La convalescence est sans accident, le malade quitte l'hôpital 15 jours après l'opération.

Vu un mois après se sent bien et la masse supra-pubienne a complètement disparu.

Deuxième forme : les gros abcès péri-diverticulaires, consécutifs sans doute à l'ouverture brusque d'un diverticule dans un péritoine moins étroitement cloisonné, évoluent quelquefois avec une telle rapidité que le temps manque pour prévoir et, pour prévenir l'accident. Le malade fait une poussée abdominale plus forte avec élévation thermique et la pyurie apparaît tout-à-coup; ou, autre éventualité, si la rupture de l'abcès n'est pas immédiate, il se constitue un empâtement très perceptible et très douloureux dans la fosse iliaque gauche. Les signes vésicaux sont intenses; l'urine n'est plus claire, elle se trouble, elle devient même parfois nettement purulente, ainsi que l'a constaté LÉTT; elle contient alors des hématies, des leucocytes, des coli-bacilles. Cet auteur donne la description cystoscopique dans trois cas d'abcès péri-vésical : muqueuse fortement oedématiée, très rouge et étirée en plis épais; boursoufflures au pourtour. Dans une de nos observations personnelles (obs. 125), le malade avait présenté une première fois de la pollakiurie avec urines troubles n'ayant pas cédé aux lavages vésicaux. La cystographie ayant montré une masse

saillante dans la vessie, le chirurgien fit une cystostomie, incisa l'abcès périvésical et, depuis lors, le sujet est resté porteur d'une fistule colo-vésicale.

Ci-dessous une observation de BREWER, dans laquelle le drainage de l'abcès péri-sigmoïdien ne suffit pas à empêcher le retour des accidents vésicaux, ce qui prouve que, seul, le traitement radical de la ou des lésions originelles — *alias* opération portant sur le diverticule lui-même ou sur le sigmoïde tout entier — est susceptible d'amener la guérison.

Obs. VI. — BREWER. *J. of the Am. M. Ass.* 1908. T. LI, V: 1, p. 543.

L'auteur rapporte l'observation d'un malade atteint de diverticulite perforée dans le tissu përisigmoïdien et ayant formé une poche pleine de pus. Altération de l'état général (température élevée, etc.). A la palpation on sentait une masse pas très dure. On fait une laparotomie et on draine la collection. Le malade guérit et la guérison reste maintenue pendant 5 ans et 4 mois. Au bout de ce temps il fait une autre crise analogue à la précédente avec les mêmes symptômes. On pratique une deuxième intervention et on draine la poche qui est cette fois plus adhérente, plus étendue et plus grosse. Le malade quitte l'hôpital trois semaines après l'opération, dans d'excellentes conditions.

c) FORME CHRONIQUE. — Là, l'évolution est lente; la péritonite plastique, unissant presque jusqu'à la symphyse, la vessie au côlon, constitue une masse palpable au-dessus de l'arcade crurale gauche, qui provoque une certaine sensibilité à la pression et qui a surtout pour caractéristique une grande fixité. A ce stade, les signes urinaires existent, mais atténués pendant longtemps. Pendant longtemps aussi, la clarté des urines persiste. Cette forme tumorale est souvent confondue avec le cancer, d'autant plus que — nous le

verrons — on retrouve un syndrome analogue au cours de l'établissement des fistules néoplasiques.

C'est encore l'examen radiologique qui éclaire le diagnostic et est seul capable d'écarter l'idée de cancer. Encore faut-il un cliché bien fait et une interprétation exacte.

Ci-dessous une observation de von HABERER, très démonstrative; le trajet fistuleux avait atteint la paroi vésicale jusqu'à la muqueuse exclusivement.

Obs. VII. — HABERER. *Zent. f. chir.*, 1934. T. LXI, p. 805-811.

Homme de 58 ans, atteint depuis cinq ou six ans d'une dermite des mains par les rayons X. Dysenterie en 1914 avec amaigrissement notable. Fièvre et mauvaise digestion de tout temps. Souvent même en l'absence de fièvre, diarrhée parfois muqueuse, pas de pus, ni de sang. Il a depuis un an la sensation de défécation incomplète, dernièrement des coliques, et depuis une semaine de fortes douleurs dans le bas-ventre, à gauche, et une forte pollakiurie.

Ces derniers jours, il a une douleur de névralgie sciatique à droite. C'est un homme assez fort. Cœur et poumons normaux, l'abdomen est mou, il n'y a pas de ballonnement. La palpation de la fosse iliaque gauche fait sentir, mais assez profondément, vers l'excavation sacrée, une masse résistante grosse comme une pomme, et sensible à la pression, mais probablement immobile. Le péristaltisme intestinal est normal, mais on entend un bruit de gargouillement.

Le toucher rectal est négatif.

Les urines sont claires et normales.

On fait un examen radiologique par le lavement, et l'introduction du liquide semble franchir un obstacle.

La radio montre à l'angle du côlon descendant et du sigmoïde une partie très étroite et à peine remplie, mais pas de manque de substance de la paroi, et celle-ci n'est pas déchiquetée. Le remplissage d'air donne le même aspect; tout ceci en faveur d'un processus inflammatoire et non cancéreux; de

plus, on voit au-dessus de la sténose l'image de trois formations semblables au diverticule.

Opération le 31 octobre 1933 sous la rachianesthésie.

Incision arciforme; on trouve l'épaississement et l'inflammation de la paroi du côlon descendant. Dans le petit bassin, une tumeur grosse comme le poing, dure et fortement adhérente à la vessie. Peu au-dessus de la tumeur, à la partie supérieure du sigmoïde on voit un diverticule. Puis, on s'aperçoit que la tumeur n'est pas seulement adhérente à la vessie, mais qu'elle est perforée; on l'extirpe et on constate que la tumeur a perforé la paroi vésicale jusqu'à la muqueuse, celle-ci est intacte. On suture facilement la paroi vésicale. On ne trouve pas de ganglions, le mésentère est rétracté. Une fois la tumeur extirpée, l'inflammation trop étendue du côlon empêche l'anastomose intestinale. On ferme le bout inférieur en trois couches aveugles, et le bout supérieur est amené à la peau et fait l'anus contre nature.

Reconstitution de la continuité intestinale s'est établie plus tard.

L'examen de la pièce montre l'inflammation de toute la paroi. Dans la tumeur on trouve un diverticule perforé, et plusieurs autres diverticules s'étendant jusqu'à la séreuse amincie.

Guérison complète.

Symptomatologie de la fistule sigmoïdo-vésicale constituée

Nous rencontrons ici des faits nouveaux. Une communication s'est établie entre le réservoir fécal et le réservoir urinaire, il est rationnel que le contenu de l'un se déverse dans l'autre. Théoriquement, les gaz et les matières fécales vont d'une part se déverser peu ou prou dans la vessie et faire issue par l'urètre; d'autre part, l'urine filtrera partiellement dans l'intestin. En fait, ce dernier phénomène est considéré comme très rare par les auteurs et beaucoup l'ont écarté du tableau symptomatologique. Certes, c'est

un signe d'une valeur très relative, mais son existence n'en est pas moins certaine et nous verrons que ce serait une erreur de la nier.

Donc, *pneumaturie* et *fécalurie* sont deux signes absolument cardinaux, pathognomoniques pouvons-nous dire.

Au début, et dans la grande majorité des cas, c'est la *pneumaturie* qui signale la communication. Au cours d'une crise colique plus violente que de coutume, le malade remarque qu'il rend des gaz par l'urètre au moment de la miction.

En général, les gaz font issue pendant la miction, entrecoupant le jet d'urine, parfois à la fin de l'évacuation vésicale, en laissant des bulles d'air au niveau du méat, mais il n'est pas exceptionnel qu'ils fassent issue dans l'intervalle des mictions et même involontairement (PUTEGNAT). Cette miction s'accompagne parfois d'un sifflement marqué (malade d'ADAMS), de crépitations (WALDVOGEL) parfois très bruyantes (cas du malade de DELBET).

Au point de vue douleur, celle-ci est généralement nulle; il n'y a même aucune sensation particulière, mais ce n'est pas une règle absolue. SAVARIAUD, en effet, nota que son malade sentait parfaitement le passage des gaz dans la vessie. De même, le malade de BRYAN éprouvait au cours de ce passage une légère brûlure. Enfin, dans un des cas de RIEDER (obs. 76), la *pneumaturie* était accompagnée de douleurs violentes.

La fréquence et la quantité des gaz émis sont variables. Parfois ils sont rares, et d'autrefois considérables. Cette question, d'ailleurs, n'a qu'une impor-

tance très relative, car on ne peut en inférer ni les dimensions ni la disposition de la fistule; il faut noter seulement que, quelle que soit leur quantité, ils sont généralement fétides et rarement inodores.

Exceptionnellement, aucun accident important ne prélude à cette manifestation anormale. Le malade de DELBET n'avait présenté d'autre symptôme morbide que d'insignifiantes coliques et fut très surpris quand il constata cette pneumaturie. La malade de CUNNINGHAM qui avait toujours eu une bonne santé, sauf quelques périodes accidentelles de constipation, remarqua inopinément le passage de gaz par l'urètre au cours de sa miction. Nous n'avons retrouvé d'ailleurs que ces deux exemples où la pneumaturie s'établit de façon si sournoise.

En colligeant nos observations, nous avons trouvé d'autre part trois cas où le symptôme de pneumaturie — que nous avons indiqué comme étant le plus fréquent — était absent; le cas de MORESTIN, celui de VESEEN, et un cas de DOBSON (obs. 100). Chez aucun des autres malades, cette pneumaturie ne manquait.

Deuxième grand signe caractéristique, plus évident et moins contestable : la *fécalurie* (la pneumaturie peut à la rigueur avoir d'autres explications). En voici donc les traits caractéristiques : l'apparition de fèces dans l'urine suit de peu l'émission des gaz quand elle n'en est pas contemporaine. Ces particules sortent par l'urètre au cours même de la miction, délayées dans l'urine, et le liquide émis ne peut mieux être qualifié que par le terme d'« urine fécale » et non pas fécalurie.

Les récits des auteurs, parfois très imagés, donnent les meilleures descriptions. En voici quelques exemples :

« Matières délayées dans l'urine » (JEANBRAU), « urine boueuse » (DAVID), « flocons marrons dans l'urine fécaloïde » (WILLAN), « sédiments bruns très fétides dans l'urine » (KELLY), « urine gris sale fécaloïde » (MICHON), etc...

Rarement, on trouve des particules solides quelque peu importantes; deux exemples seulement sur l'ensemble de nos observations :

DOBSON dit pour un de ses malades (obs. 102) : « il sortait par l'urètre des corps solides sous forme de petites masses brunes vermiformes, de 2 cm 5 de longueur » et, chez le malade de TUFFIER, les matières intestinales du volume d'un haricot et très dures passaient par la vessie et provoquaient parfois des rétentions d'urine. A part ces deux cas, nous avons trouvé les matières délayées dans l'urine.

La quantité des matières émises par la vessie n'est pas en général considérable car la fistule n'est qu'une « fuite fécale »; toutefois, exceptionnellement, si la sténose sigmoïdienne est très serrée, au-dessous de la communication, si l'affection date de longtemps et qu'il existe un blocage, on peut assister à une véritable dérivation totale ou subtotale de l'intestin. C'est ainsi que le malade de BOYER, pendant les six semaines qui précédèrent sa mort, n'eut aucune émission par les voies intestinales naturelles. L'auteur en donne d'ailleurs l'explication : le rétrécissement de la partie inférieure du côlon rendait le passage des matières plus facile par la vessie que par le rectum. De même,

le malade de PERON, pendant les trois derniers mois de sa vie, ne rendit aucune matière par l'anüs.

Signalons à titre de curiosité les cas où l'on retrouve quelques débris alimentaires mélangés à l'urine (pépins de figues : HARTMANN; pépins de pommes, de raisins : CERNÉ, SOUPAULT; akènes de fraises en abondance : CHUTE.)

Mentionnons enfin deux raretés : un trichocéphale dispar (KELLY) et deux os de grenouille (PUTEGNAT).

Quelquefois, la fécalurie apparaît à la suite d'un effort mécanique ou encore à la suite d'un purgatif (HEUSTON, KELLY), après un lavement (VON HABERER), après un toucher rectal (RIEDER, obs. 78).

Un trait particulier jamais signalé et que nous avons trouvé, c'est l'intermittence de cette fécalurie au début de son apparition. Chez un malade de CHUTE (obs. 47), les urines étaient troubles et fécaloïdes le matin et restaient claires au cours de la journée; de même, le malade de MICHON présentait des urines grises, louches, fécaloïdes le jour et limpides durant la nuit.

Quoique rarement, la fécalurie est quelquefois aussi la première manifestation et précède la pneumaturie; nous avons trouvé trois exemples de cette particularité : le malade de WILLAN, après une longue période de cystite, remarqua dans ses urines des flocons marrons à odeur caractéristique. Le malade de CHRISTOPHE, ainsi que celui de VESEEN, consultèrent après avoir remarqué la présence de matières fécales dans leurs urines.

Enfin la fécalurie peut exceptionnellement faire défaut (cas de SAVARIAUD).

D'autres fois, mais infiniment moins souvent, l'ouverture de la scène se fait au milieu d'un syndrome aigu avec pyurie. Le malade de SOUPAULT fait une crise abdominale violente, avec fièvre élevée, constipation tenace et, quelques jours plus tard, à la dysurie succède une abondante pyurie d'ailleurs accompagnée de gaz émis par l'urètre. Le malade de MAILER, après trois semaines de réactions péritonéales très vives, fait une décharge purulente et sanglante par l'urètre. Dans l'un et l'autre cas, la pyurie met fin au syndrome aigu, le malade se sent soulagé et la fièvre tombe.

Cette pyurie qui marque l'ouverture de l'abcès dans la vessie, peut ne pas être immédiatement suivie des symptômes pathognomoniques de la communication avec l'intestin. Dans le cas d'un malade d'EDWARDS, il y eut un intervalle de dix jours avant que n'apparaissent la pyurie et la fécalurie; dans l'histoire d'un autre de ses malades, il semble que l'intervalle fut de deux ans.

Outre ces deux signes, pneumaturie et fécalurie, rappelons qu'il existe toujours des signes de cystite intense; ou bien ces signes se manifestaient avant la production de la fistule (« fausse cystite pré-fistuleuse » sur laquelle nous nous sommes longuement étendu), et se sont intensifiés par la suite, ou bien cette cystite est franchement contemporaine de la fistule.

La pollakiurie est la manifestation presque constante, ce qui est dans l'ordre des choses; elle peut être très marquée (besoins mictionnels toutes les quinze à trente minutes); elle est accompagnée de dysurie pouvant aller du simple chatouillement avec

difficulté de la miction jusqu'aux douleurs vives, intolérables (LETT, MICHON, CHAUVIN, MAUNDER, etc...), RICHARDSON dut faire des cathétérismes répétés en présence d'une pollakiurie fréquente et pénible. Enfin, le ténesme vésical a été signalé (JEANBRAU).

La douleur habituellement vésicale peut avoir des irradiations lombaires (CERNÉ), rectales (CHUTE). Exceptionnellement, on ne trouve trace ni de pollakiurie ni de dysurie (GORDON CRAIG) mais ces troubles mictionnels (envies fréquentes, douleurs) dûs en partie au passage du contenu intestinal, à l'irritation de la muqueuse, ainsi qu'à la présence des agents microbiens, ont pu être quelquefois provoqués par la formation de calculs (voir le chapitre des Complications) qui sont responsables de tous les troubles ci-dessus décrits.

Au point de vue critique, la précocité de ces signes (avant ou au début de la fistulation), la discordance de leur intensité avec la légèreté de l'altération muqueuse, donnent à penser que ces symptômes fonctionnels sont dûs surtout à la péricystite et à la fixation par des adhérences de la vessie au sigmoïde.

En terminant, nous rappellerons que la *présence de sang* peut être notée et qu'elle est tout-à-fait accessoire et contingente. EDWARDS l'a trouvée 3 fois sur 19; nous-même, en la recherchant systématiquement, l'avons constatée 15 fois sur 125 cas.

Du côté de l'intestin, on trouve bien entendu tous les symptômes de la maladie causale, dans les détails desquels nous n'avons pas à entrer. Le seul signe manifeste dans la communication est le *passage de l'urine dans l'intestin et son issue par l'anus*; en fait,

la valeur séméiologique de cette émission serait presque nulle (sauf quand elle est abondante et provoque la rectite), les auteurs la signalant très rarement sans doute parce qu'elle est difficile à observer (5 cas : HOLMES, DAVID (obs. 87), CHRISTOPHE, MORESTIN et HARTMANN (obs. 44) sur 125 observations).

Ce passage s'effectue-t-il vraiment dans 4 % des cas seulement? Beaucoup plus souvent à notre avis. Certes, la fréquence n'est pas la même que dans l'autre sens, et cela pour plusieurs raisons : tout d'abord le siège élevé de la fistule colo-vésicale dans la majorité des cas, ensuite la petitesse des dimensions de cet orifice qu'obstruent des bourgeons œdémateux, l'existence d'une sorte de clapet, formé par des valvules de la muqueuse (SUTTON, MALCOLM, etc.), enfin parce que les mictions sont fréquentes et drainent bien la vessie, l'empêchent même de se remplir (pollakiurie inflammatoire), en tout cas évitent que le contenu déborde dans l'intestin.

En outre, pour que soit constatée cette anomalie par le malade lui-même, il faudrait que le liquide urinaire passât en assez grande quantité; or, comme nous l'avons dit, la fistule n'est en général qu'une petite « fuite » entre les deux organes et, s'il est très facile de noter la présence d'une minime quantité de matières dans l'urine, la réciproque n'est pas vraie.

Les urines passent donc dans l'intestin en petite quantité seulement et il n'y a aucun signe fonctionnel.

En résumé, nous admettons que le passage des urines dans l'intestin n'est pas si rare qu'on veut le croire et notre meilleur argument est l'expérience qui

a été faite par certains auteurs, d'injections de liquide colorant au moyen d'une sonde dans la vessie et le rejet de ce liquide, facile à repérer, par l'orifice anal (55 % des cas).

Quant à la présence de sang dans les selles, elle n'a aucun caractère pathognomonique; nous en avons relevé le détail dans 13 observations (voir p. 75).

L'état général du malade est naturellement altéré, mais à des degrés divers. Dans l'ensemble, la fistule se produit chez des individus déjà affaiblis par une affection aiguë ou chronique grave avec phénomènes infectieux, fièvre, troubles digestifs, gêne du transit intestinal, mais cette infirmité surajoutée touche considérablement le psychisme de l'individu. Puis l'infection urinaire s'en mêle et s'associe aux troubles intestinaux ou digestifs pour attaquer les forces du sujet qui maigrit quelquefois de façon très notable (le malade de SÉNÈQUE avait perdu 25 kg. en 3 mois; celui de BERGERET, 25 kg. en deux ans); l'état de cachexie est quelquefois extrême, rendant même difficile un examen complet et sérieux (DOBSON, obs. 97). Que dire d'une tentative opératoire dans ces conditions?

DIAGNOSTIC

1° Y a-t-il une communication entre l'intestin et la vessie?

2° Est-elle sigmoïdo-vésicale?

3° Quelle en est la nature, quelles en sont les particularités?

Telles sont les trois étapes, d'inégale difficulté, que doit franchir le diagnostic.

1° *Le diagnostic de la communication elle-même* entre l'intestin et la vessie est facile si l'on constate la pneumaturie et la fécalurie; cette dernière est en elle-même un argument suffisant pour affirmer la communication. Il n'en est pas de même quand la pneumaturie est le seul symptôme.

Celle-ci peut en effet — à titre de rareté, il est vrai — exister dans d'autres circonstances. C'est avant tout la rupture d'un abcès pyo-gazeux péri-vésical, rarissime d'ailleurs, dont les gaz suggèrent l'idée d'une fistule entéro-vésicale, et ceci d'autant mieux que les urines sont purulentes. D'autre part, les travaux de GUIARD (1), qui datent de 1883, ont montré la possibilité de formation de gaz dans la vessie chez les diabétiques à urine acide.

TISNÉ (2) signala plus tard la production de gaz en dehors du diabète dans des urines non acides.

Enfin, plus récemment, on a pu préciser que cette

(1) GUIARD. — Du développement spontané des gaz dans la vessie. *Ann. Mal. des Org. Gén.-Ur.* 1883, T. I, p. 262.

(2) TISNÉ. — *Ann. Mal. Org. Gén.-Ur.*, 1887, p. 633.

fermentation gazeuse relevait de la présence de certains agents microbiens (*bacillus lactis aerogenes*, *bacillus aerogenes capsulatus*, etc...).

Mais il est surprenant, comme le dit RIEDER, que parmi des centaines de cas de cystite par colibacille avec teneur élevée en albumine, on n'ait jamais relevé ce symptôme.

Retenons donc comme une extrême rareté cette pneumaturie d'apparence spontanée. On conçoit en tout cas que certains auteurs, comme RIEDER, penchent plutôt pour la probabilité d'une communication minuscule entre la vessie et l'intestin. L'odeur estimée caractéristique ne l'est pas, car on connaît des microbes donnant naissance à de l'hydrogène sulfuré.

2° La fistule étant reconnue, comment prouver sa *localisation sigmoïdienne*?

Le passé du malade, l'histoire de la colite gauche, les crises douloureuses, la constipation suivie de diarrhée, les accidents d'obstruction, l'hyperthermie, la douleur dans la fosse iliaque gauche, l'existence d'une masse ou tout au moins d'un empâtement au palper dans cette même région, seront en faveur d'une sigmoïdite à laquelle la logique rattachera la complication en cours d'évolution. La négativité de l'examen rectal, quoiqu'il soit difficile de conclure et au toucher et à la rectoscopie, apporte une présomption de plus.

La difficulté est tout autre quand le tableau clinique est incomplet; quelquefois, en effet, le sujet a eu le minimum des signes précités et la fistule est survenue à bas-bruit; lorsqu'elle s'est manifestée, il faut rechercher dans les anamnestiques et, d'autre part, s'aider de l'examen clinique (voir ci-dessous).

3° Etude des particularités de la fistule.

a) EXAMEN DES URINES.

Outre l'aspect macroscopique de celles-ci, déjà décrit au chapitre précédent, on peut rechercher certains produits absorbés facilement reconnaissables : huile de paraffine, charbon, etc...

Au point de vue chimique, acides au début, les urines deviennent alcalines à une période plus avancée. Le microscope décèle enfin des *fibres musculaires ou végétales*, des cellules épithéliales, des globules de pus (c'est la règle) ou du sang, des sels minéraux, surtout des phosphates. L'examen bactériologique, enfin, décèle des cas de tuberculose (exceptionnelle) et montre des microbes variés et, avant tout, du *colibacille*.

b) INTRODUCTION DE MATIÈRES COLORANTES.

C'est la méthode la plus ancienne et la plus fidèle; elle comprend deux parties, tout au moins deux manœuvres qui se complètent : passage dans la vessie de substances reconnaissables, administrées par lavement intra-rectal et, d'autre part, issue par l'anus de substances instillées dans la vessie.

Les liquides qui ont été employés sont fort nombreux, des liquides colorés : bleu de méthylène, carmin, lait, etc... Actuellement, cette expérience est surtout faite avec des liquides opaques aux rayons X (lavements barytés par le rectum, iodure de sodium à 12 % pour la vessie, ou solution de collargol.)

Dans nos observations, cette recherche est signalée 35 fois; en voici les résultats :

L'*injection vésicale* a été faite dans 20 cas, avec

11 succès; par conséquent 55 %; ce chiffre élevé nous a fait penser — comme nous l'avons dit au chapitre Symptomatologie — que le passage de l'urine dans l'intestin n'est pas exceptionnel, s'il est rarement signalé. Cependant, la petitesse de l'orifice vésical et son rôle valvulaire empêchent dans bien des cas le passage du liquide dans l'intestin.

Par contre, le *lavement coloré* a été administré 15 fois avec 13 succès, soit 86,6 %. Ce chiffre montre la supériorité de cet examen sur le précédent. Ce procédé du lavement coloré a un autre avantage, c'est d'indiquer la quantité de liquide nécessaire pour qu'apparaisse le liquide à travers la sonde urétrale préalablement mise en place. Si, par exemple, la quantité est de 100 cm³, par conséquent relativement minime, on peut admettre que la fistule siège relativement bas et, si l'examen rectal n'a rien décelé, on peut tout au moins penser à une fistule siégeant sur la partie basse du sigmoïde. Ce serait l'inverse, si l'on devait employer une plus grande quantité de liquide.

Ajoutons que cet examen est indolore, qu'il ne présente pour ainsi dire aucun risque et l'on conçoit qu'il ne saurait être négligé dans l'étude de semblables cas.

c) LA CYSTOSCOPIE.

Elle est absolument nécessaire, elle donne des renseignements de premier ordre sur l'existence de l'orifice fistuleux, son siège, son aspect, sa taille, sa multiplicité, l'altération de la muqueuse, les caractères de la paroi vésicale, la présence concomitante ou non de calculs; elle permet enfin de vérifier s'il existe des

lésions vésicales caractéristiques qui pourraient être le point de départ de cette communication. Chacun de ces points présente un intérêt de premier ordre pour le choix de la conduite à tenir, le plan opératoire et le résultat qu'on est en droit d'en espérer.

Dans notre série, la cystoscopie a été faite 58 fois. On a vu nettement l'orifice fistuleux 31 fois, soit 53,45 %. L'issue des bulles d'air ou plus rarement de particules de matière fécale par l'orifice suspect ne laisse aucun doute sur l'existence de la communication intestino-vésicale. L'orifice est situé habituellement à la paroi postéro-supérieure gauche de la vessie, quelquefois au bas-fond. Exceptionnellement à droite et dans ce cas suggère l'idée d'une fistule cæco-vésicale (HÄNEL).

L'orifice fistuleux de dimension variable mais généralement petit est situé dans une zone sombre, œdémateuse, rouge et bien distincte du reste de la muqueuse vésicale.

Un certain nombre de causes peuvent mettre en échec ce mode d'examen; où bien l'orifice est petit, perdu dans l'œdème inflammatoire périfistuleux, ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, l'impossibilité de nettoyer la cavité vésicale retire toute limpidité au liquide malgré les manœuvres de lavages répétés et prolongés (aussi y a-t-il intérêt à se servir d'un cystoscope laveur); mais ce serait un grand tort de renoncer à la cystoscopie et aux renseignements qu'elle peut apporter parce que l'orifice n'a pas été trouvé la première fois; certains auteurs ont réussi au cours d'un deuxième essai (MICHON, GORDON CRAIG). Ajoutons que, pour certains, la constatation d'une simple zone œdé-

mateuse bien distincte de la muqueuse environnante suffit, jointe aux présomptions cliniques, à faire admettre l'existence probable de l'orifice (BUREAU, DAVID, etc...).

La muqueuse qui tapisse le reste de la cavité peut être absolument saine, mais dans la majorité des cas il y a un léger degré d'inflammation *peu en rapport avec l'intensité des signes fonctionnels*. Tous les degrés ont été rencontrés et sont probablement en relation avec les différentes périodes de la maladie.

a) Dans les cas récents (cystite aiguë) avec zone d'œdème rouge mais bien limité, gros plis radiés à partir de la zone orificielle.

b) Lorsque la fistule est plus ancienne, et l'orifice petit, l'œdème disparaît; il y a une simple petite zone ulcérée, la muqueuse apparaît presque normale sauf quelques enduits purulents épars (cas de WILLAN, obs. 108).

LETT et THORNTON font la remarque suivante : quand la fistule s'est refermée, une formation diverticuliforme peut rester à sa place, produite évidemment par traction; sa forme est complètement différente de celle du type normal de diverticule de la vessie; la muqueuse est plissée. Dans nos cas de fistule guérie sans opération, il n'y a que BLANC et NEGRO qui donnent le compte rendu cystoscopique : à l'endroit où siégeait auparavant la fistule, existe une dépression de la paroi vésicale dont les bords sont irréguliers par résorption des bourgeons inflammatoires constatés autrefois.

Certains auteurs ont essayé de cathétériser le trajet fistuleux par l'intermédiaire du cystoscope. Ainsi GORDON CRAIG se servit de deux sondes opaques et in-

jecta 60 cm³ de solution d'iodure de sodium à 12,5 % ; immédiatement, la malade éprouva le besoin de déjection et évacua des selles liquides. La radiographie faite alors montra que les sondes avaient pénétré dans le sigmoïde, ainsi que l'iodure de sodium, ce qui permit de voir clairement la forme de la lumière intestinale et les caractères de la fistule. Ce procédé très élégant et démonstratif n'est malheureusement pas toujours possible. VESEEN, CHUTE, BEDRNA et GOUVERNEUR y ont échoué et SUTTON le trouve dangereux, car une sonde semi-rigide peut perforer une paroi enflammée, s'enfonçant au sein d'un tissu œdémateux fragile, d'où le risque de nouvelles communications avec perforation vésicale dans la cavité péritonéale, d'où péritonite et, s'il y a cloisonnement, abcès périvésicaux.

Nous pensons qu'une exploration prudente ne comporte pas de tels inconvénients.

Quelle qu'en soit la raison, cette exploration a été peu réalisée. DAVID, chez un de ses malades, fit par la cystoscopie une biopsie qui montra la nature tuberculeuse de la lésion (obs. 84).

Bref, nous voyons la très grande importance — comme nous le disions en commençant — de cet examen endoscopique pour l'étude du diagnostic positif ou différentiel de la fistule colo-vésicale.

d) EXAMEN RADIOLOGIQUE.

L'exploration radiologique des malades atteints de fistule colo-vésicale, est d'importance capitale; malheureusement, les comptes rendus ne sont que peu satisfaisants.

Dans nos relevés, la *cystographie* a été pratiquée neuf fois : BLANC et NÉGRÉ, JUDD, MOONS, LE GAC et GOUVERNEUR (fig. 3) ont réussi à mettre en évidence la présence de la communication par ce procédé. Par



FIG. 3. — Cystographie du malade de l'observation 125. Remarquer le passage du liquide opaque dans le côlon et dans le grêle ainsi que son reflux dans l'uretère droit.

contre, WILLAN, VON HABERER, MICHON et BEDRNA n'ont pas eu de résultat.

L'examen radiologique du côlon fut fait 41 fois : dans 6 cas la communication a été démontrée. Dans 12 cas on a noté l'existence d'une sténose sigmoïdienne, dont la fig. 4 est un exemple, et 13 fois la présence du diverticule (fig. 5).

Vu la modestie de la statistique et le peu de ren-

seignements signalés dans les comptes rendus, nous insisterons particulièrement sur cette question.

L'exploration radiologique est appelée en principe à renseigner :

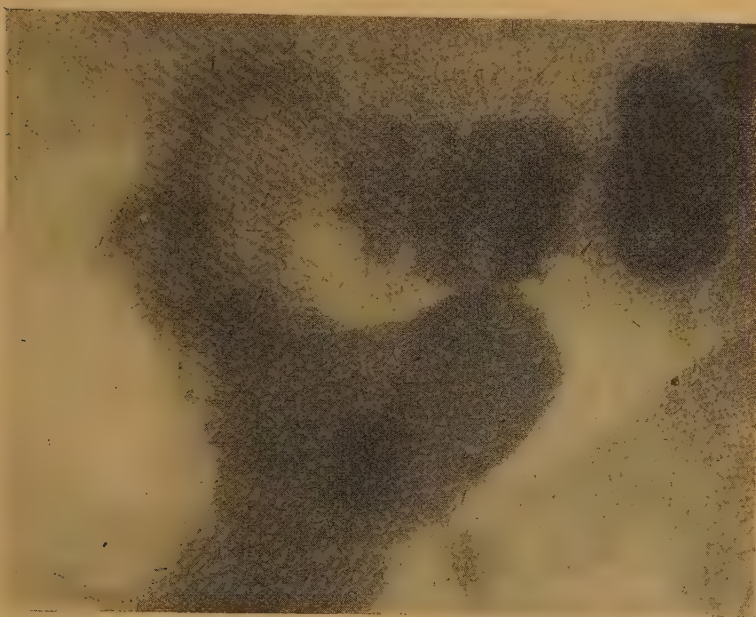


FIG. 4. — Radiographie du malade de l'observation 124
(sténose sigmoïdienne)

- 1° sur l'existence ou mieux la réalité de la fistule.
- 2° Sur ses points d'abouchement vésical et sigmoïdien.
- 3° Sur le mode de communication, la longueur et la silhouette du trajet.
- 4° Sur la nature de la lésion causale.

5° Sur l'état du côlon au-dessous de la lésion

« sténose sous-jacente ».

6° Sur la qualité du côlon immédiatement en

amont de la communication.



FIG. 5. — Radiographie du malade de l'observation 116.
Diverticules sigmoïdiens et aucune communication apparente de fistule.

Pour être fructueuse l'exploration radiologique doit être conduite en respectant un protocole très strict, faute de quoi elle s'avèrera dans la plupart des cas inopérante.

Ainsi pour obtenir le maximum de renseignements, nous proposons la technique suivante formulée par P. PORCHER :

I. — Dans les cas habituels où la fistule se signe

par la pneumaturie et la fécalurie, il convient de procéder :

1° à un lavement.

2° à une cystographie ou mieux à une *pneumocystographie*.

Il ne faut jamais recourir à l'opacification préalable de l'intestin *per os* car d'une part les drogues opaquées généralement employées arrivent dans le sigmoïde à l'état de véritable pierre et toute injection de trajet dans ces conditions est illusoire, et d'autre part le baryum se comporte comme un véritable corps étranger pouvant favoriser sinon déclancher des accidents d'obstruction ou même de sub-occlusion.

Il faut donc avoir recours au lavement.

Le lavement devra être de la plus grande fluidité possible; aussi remplacerons-nous le lavement baryté classique par un lavement composé d'une solution flocculante d'un sel de thorium (collothor, diagnothorine, thorotrast).

Avec une opacité égale sinon supérieure à celle du baryum, nous disposerons donc d'une solution très fluide, très « pénétrante », jusque dans les moindres replis de l'intestin et incapable de provoquer des accidents mécaniques comparables à ceux que déterminent les sels de baryum en se déshydratant rapidement à la faveur d'un séjour prolongé dans un segment quelconque du tube digestif.

On vide d'abord la vessie, en laissant la sonde dans l'urètre, on administre ensuite le lavement de thorium (250 à 400 cc.) dans un intestin préparé et aussi propre que possible (administration préalable de

deux lavements évacuateurs salés à 10 p. 1.000 tièdes, l'un 6 heures, l'autre trois quarts d'heure avant le lavement opaque).

Pour éviter les spasmes, on fera bien de faire au malade immédiatement avant le lavement une injection d'un milligramme de sulfate d'atropine.

Le lavement est suivi dans sa progression en scopie; on l'arrête lorsqu'on a atteint le côlon descendant. On prend alors un premier cliché de face en décubitus abdominal, avec diaphragme anti-diffuseur, pose très courte (2 à 3 dixièmes de seconde). On prend immédiatement après un deuxième cliché dans la même attitude en interposant entre la paroi abdominale du sujet et le diaphragme le compresseur pneumatique de PORCHER (1) à la pression 2, puis un 3^e cliché en amenant la pression du compresseur à 5. Cette pratique non traumatisante a pour effet d'étaler l'ombre ilio-sigmoïdienne, de « dérouler » en apparence tout au moins les boucles antéro-postérieures et obliques, de favoriser par la pression exercée l'injection recherchée du trajet. On fait ensuite une radiographie en profil strict, de préférence en décubitus latéral gauche.

De deux choses l'une : ou le trajet est visible avec l'aide de cystographie, ou il ne l'est pas. Si le trajet est visible, et sur le profil seul, le plus souvent on s'en tient là, en complétant, sans déplacer le malade de la

(1) Le compresseur utilisé par Porcher se compose d'un cylindre de caoutchouc de 25 cm. de long sur 12 cm. de diamètre, relié par une tubulure en Y d'une part à une soufflerie avec robinet de détente, d'autre part au manomètre d'un Pachon : de là les indications « pression 2, pression 5 ».

position de décubitus latéral gauche, l'ébauche d'opacification de la vessie par une cystographie classique, injection de 80 cc. d'une solution opaque quelconque par la sonde urétrale.

Si le trajet n'est pas visible, on revient à la position frontale, on injecte dans la vessie la plus grande quantité possible d'air (généralement 120 à 150 cc.), on fait un nouveau cliché de face en décubitus abdominal, et immédiatement après un profil.

Nous verrons tout à l'heure les renseignements que l'on peut espérer obtenir par ce procédé d'investigation.

II. — S'il y a émission apparente et manifeste d'urine par l'anus on peut procéder d'une autre manière :

Cette fois la cystographie au thorium ou à l'iode de sodium en tous cas avec une solution fluide.

On exercera quelques pressions manuelles douces sur le bas ventre, et on prendra un film en décubitus dorsal, puis le malade sera mis en position de profil, et on prendra une radiographie dans cette attitude.

Si l'examen montre une pénétration de la drogue dans l'espace rétro ou sus-vésical, on poussera alors dans l'intestin un lavement à basse pression en faisant en sorte que l'opacité du lavement soit moins forte que l'opacité de la cystographie : en un mot que le lavement soit plus pâle; de cette façon on appréciera plus facilement à la lecture du film pris en profil ce qui dans les ombres répond à la vessie ou au segment terminal du gros intestin. On peut avec profit faire ensuite un nouveau cliché, vessie vidée (BLANC et NÉ-GRO).

Dans ces cas on peut agir encore d'une autre façon et pousser le liquide opaque dans la vessie jusqu'à ce qu'il y ait son émission par l'anus (l'intestin préalablement vidé par les deux lavements salés comme nous l'avons indiqué).

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS :

Nous venons d'exposer notre technique sinon théorique tout au moins générale. Il faut lui conserver une certaine souplesse d'application en la modifiant selon les cas particuliers. Certains malades supportent mieux la cystographie liquidienne que la cystographie pneumique. Chez ceux-là on remplacera l'injection d'air par l'injection d'une solution de thorium un peu plus « pâle » que le lavement afin de permettre comme nous venons de l'indiquer plus haut la discrimination des ombres dans le profil. L'écueil le plus fréquent ne provient pas de l'intolérance vésicale, mais de l'intolérance sigmoïdienne. Ce sont les difficultés habituelles que l'on rencontre dans le cas de néoplasme, ou de diverticulite plus ou moins étendue :

Vacuité intestinale préalable, impossible à obtenir, spasticité surajoutée, intolérance à la distension, fragmentation de la colonne opaque réalisant comme par hasard un « defekt » dans la continuité de l'image dans la zone précisément intéressante. Il ne faut pas se rebuter, mais répéter l'examen à quelques jours d'intervalle, apaiser une appréhension que rien ne légitime, user des anti-spasmodiques, et surtout de l'atropine.

En dehors de ces incidents qui sont, à dire vrai, assez rares, on peut, dans la plupart des cas, conduire

l'examen comme nous venons de l'indiquer. Il n'y a pas de contre indications formelles, le risque d'essai-mage microbien n'est pas à envisager; les vessies de fistules sigmoïdo-vésicales sont toujours septiques. Le risque d'hémorragie est nul, et seul le cathétérisme serait susceptible de la provoquer.

Du côté de l'intestin l'emploi d'une solution de grande fluidité lève l'objection d'ailleurs discutable formulée par ceux qui redouteraient la pétrification du baryum résiduel en amont de la lésion intestinale, cause habituelle et initiale de la fistule.

Dans l'ensemble, pour stricte que soit la technique à employer, l'examen utile reste simple et relativement rapide.

Voyons maintenant ce que l'on peut en attendre.

Ainsi que nous l'avons indiqué au début de cet exposé radiologique, il faut sous peine de s'exposer à des déconvenues réitérées ne demander à l'exploration par les rayons X que ce qu'elle peut donner.

La notion d'existence de la fistule est une notion clinique, puisque c'est elle qui détermine l'exploration radiologique; jamais la radio ne découvre cette anomalie.

La connaissance des points d'abouchement sigmoïdien et vésical (quoique l'impact vésical puisse être observé cystoscopiquement), la longueur et l'aspect du trajet présentent plus d'intérêt. Il ne faut pas croire qu'il soit nécessaire, pour en apprécier le caractère « utile », que ce trajet soit injecté dans sa totalité. Il suffit pour en connaître la longueur d'avoir en profil strict une bonne image montrant à la fois la face postérieure et le dôme vésical, et la paroi antérieure du

sigmoïde « proximo-vésicale » si j'ose dire. Le chirurgien tirera de la lecture éclairée du document radiologique des renseignements précieux. Evidemment lorsque l'on a la bonne fortune d'obtenir la continuité du trajet, c'est mieux, mais il ne faut pas rejeter comme inutiles des documents moins immédiatement objectifs. Deux renseignements fondamentaux sont à demander à l'exploration par les rayons :

I. — La nature et le siège de la lésion causale.

II. — Le comportement du côlon malade au niveau, au-dessous et au-dessus de la zone d'aboutissement.

I. — C'est à la lumière des explorations radiologiques que l'on a pressenti, puis confirmé la fréquence de la diverticulite, lésion inflammatoire surajoutée à une anomalie préexistante comme facteur de fistulisation secondaire dans la vessie. En effet la diverticulite est multiple. A défaut de diverticulite vraie, la notion de diverticulose sus-jacente doit faire penser à la nature du processus causal à l'exclusion probable sinon formelle du néoplasme. Et c'est l'exploration radiologique qui signe l'existence de ces diverticules ilio-pelviens, de ceux qui sont enflammés comme de ceux qui ne le sont pas. La clinique est le plus souvent impuissante à les mettre en évidence, voire même à les faire soupçonner.

Dans le cas de néoplasme la silhouette radiologique lorsque l'examen est bien fait est le plus souvent pathognomonique; il ne faut pas s'attendre à trouver les images « en virole » des néoplasmes circonscrits, mais bien plutôt les images lacunaires marginales ou

centrales étendues des cancers végétants, bien qu'évoluant à bas bruit.

Seuls les cancers développés sur une diverticulose préexistante pourront présenter de réelles difficultés d'interprétation.

II. — Mais à défaut de satisfaire une curiosité pathogénique bien légitime, les rayons seront des plus utiles pour préciser, d'une part la sténose sous-jacente, si fréquente au cours de la fistule colo-vésicale et sur laquelle nous nous sommes largement étendu au chapitre d'anatomie pathologique, et d'autre part, les conditions d'opérabilité issues de l'état du côlon au-dessus de la lésion causale et du péritoine pelvien.

L'existence d'une rétro-dilatation importante ou d'une spasticité exagérée, le blocage du côlon iliaque immédiatement en amont de la zone suspecte feront penser « *mésô-sigmoïdite étendue associée* » et agir en conséquence.

Il est même intéressant de rechercher la mobilité cæcale, le comportement du grêle terminal; on ne s'entourera jamais de trop de précautions pour tendre à apprécier la « liberté » du péritoine environnant.

Pour ce faire, on procèdera à l'étude du transit avec une prise unique de drogue quelconque, après les examens spéciaux que nous avons décrits au début de cet exposé. Un cæcum libre, un grêle terminal normal dans sa silhouette et son dynamisme feront penser « *lésion circonscrite, pas de péritonite pelvienne* ». Et si le radiologue s'astreint ainsi à penser chirurgicalement, les conclusions de son examen seront beaucoup plus fructueuses et dépasseront de beaucoup le cadre

anatomique restreint dans lequel elles sont trop souvent confinées.

En résumé, le temps radiologique dans cette étude occupe une place des plus importantes, même et surtout lorsqu'il n'apporte que des renseignements indirects qu'il est seul capable de fournir, mais qui présentent un intérêt opératoire de premier plan.

e) LA SIGMOÏDOSCOPIE.

C'est la dernière exploration à laquelle on doit penser, non seulement à cause de son insuccès fréquent, mais encore de ses inconvénients.

D'après nos recherches, elle a été essayée 10 fois, dont une seule avec succès. CUNNINGHAM dit avoir vu l'orifice à 40 cm. de l'anus; négative les neuf autres fois, elle indiquerait plutôt l'existence de la sigmoïdite, mais elle n'est nullement apte à faire découvrir l'orifice.

Cet examen présente de multiples difficultés en raison de la sténose si fréquente au dessous de la lésion qui nous occupe; l'intestin est plus ou moins rigide, en tous cas manque de souplesse, rend l'introduction du rectoscope très délicate. La présence d'une masse dans le pelvis, masse qui repousse les organes, empêche aussi l'introduction de l'instrument (LETT) et, si l'on vient à bout de l'un et de l'autre obstacle, que voit-on le plus souvent? Rien à cause de la boursouffure de la muqueuse. CAIN, BENSAUDE et HEGGLER sont de cet avis. De plus, argument capital, FEIST, SUTTON et PAUCHET le trouvent dangereux, à cause des déchirures, des fissures ou même des vraies perfo-

rations que l'on risque en dépliant un intestin transformé en tube cartonné.

Les difficultés du diagnostic

Somme toute, elles ne sont pas grandes vu les données que l'on peut acquérir en interrogeant le malade, en retraçant son histoire et vu la multiplicité des examens complémentaires. Si l'un de ceux-ci est négatif, l'autre sera positif et une seule de ces données suffit pour affirmer la fistule.

La seule difficulté réelle concerne *la différenciation entre la tumeur inflammatoire d'origine diverticulaire et le cancer*; la ressemblance est telle dans certains cas que le diagnostic est impossible, même la pièce en mains, comme nous l'avons dit plus haut.

Que de chirurgiens ont été pris à cette épreuve!

Les uns persistaient à croire, malgré les divers examens, qu'il s'agissait d'une diverticulite alors que c'était un carcinome (observations de DAVID (obs. 83) et de RIEDER (obs. 77); les autres, plus nombreux, condamnaient leurs malades comme cancéreux et il ne s'agissait en réalité que d'une diverticulite (observations de LE GAC (obs. 107) VON HARERER et HILLEMANN) et, comme dit BALLIN, il y a beaucoup de prétendues guérisons de cancer qui eussent pu être interprétées de la sorte si l'examen microscopique n'avait pas redressé le diagnostic.

L'induration de la paroi sigmoïdienne dans le voisinage du diverticule enflammé donne à la main qui palpe l'impression d'une masse néoplasique; et BALLIN encore cite un cas où le chirurgien et l'anatomo-

pathologiste, au cours même de l'intervention, ont porté le diagnostic de cancer et ont renoncé par conséquent à l'ablation, se décidant pour une simple colostomie comme stade préliminaire d'une exérèse radicale ultérieure, et quand, quelque temps plus tard, ils exécutèrent cette dernière, ils ne trouvèrent pour ainsi dire plus rien : le présumé cancer avait disparu; et le cas si démonstratif de DOGGETT, où au cours d'une laparotomie exploratrice, le chirurgien ayant porté le diagnostic de cancer, renonça à l'extirpation de la tumeur. Cinq ans après le malade dans un état de cachexie considérable subit une colostomie. Depuis il a repris ses forces et, revu 20 ans plus tard, il se portait parfaitement bien.

Enfin, certains auteurs se sont ingéniés — en vain — à trouver des signes distinctifs. MAXWELL TELLING donne même le tableau suivant, schématique à l'excès:

EN FAVEUR DE LA DIVERTICULITE :

a) Tendance à l'obésité et à la bonne nutrition générale;

b) absence des « obscurités malignes » dans l'aspect général;

c) longues histoires de crises douloureuses abdominales dans le quadrant inférieur gauche;

d) histoire de la formation de la tumeur et sa disparition ultérieure (?);

e) absence de sang, à l'œil nu, dans les selles après une période prolongée;

f) présence de la fistule vésicale dont la cystoscopie exclut la malignité;

g) négativité de la sigmoïdoscopie et exclusion de la malignité;

h) diverticules démontrés aux rayons X;

i) crises de fièvre.

EN FAVEUR DU CANCER :

a) Perte de poids précoce;

b) douleurs et fragilité tardives, souvent précédées par la tumeur;

c) examen du sang.

Prenons bien entendu ces tableaux comme un simple schéma sans nous faire illusion sur leur valeur; la perte de poids, par exemple, est quelquefois considérable dans la diverticulite inflammatoire; inversement, la durée de l'évolution d'un carcinome perforé de la vessie peut se prolonger au point de déjouer tout pronostic.

La présence de sang dans les selles n'est pas elle-même extrêmement caractéristique; d'après JUDD, ce serait un signe en faveur du cancer; JONES est de son avis et nous en avons nous-même cherché la valeur d'après nos observations; tout d'abord ce signe est rare : nous l'avons trouvé 13 fois seulement sur 125 cas; or, 4 fois la cause en est restée indéterminée (PUTEGNAT, BRUCHET, GOUVERNEUR (obs. 112) et HARTMANN (obs. 44); 1 fois c'était un épithélioma vésical propagé au sigmoïde (BOEHM et DEAN, obs. 49), 3 fois le cancer du côlon (HARTMANN, obs. 63 et 74, et MORESTIN), et dans 5 cas il s'agissait de diverticulite, dont 3 certains (VESEEN, RIEDER, obs. 76, et DAVID, obs. 82), et 2 probables (FRANK et SÉNÈQUE).

Par conséquent, il est exagéré de dire que ces hé-

morragies rectales sont spéciales au cancer; ce serait s'égarer que de compter sur un pareil symptôme.

On voit donc l'extrême complexité du diagnostic pour la nature exacte d'une fistule colo-vésicale et comment, malgré tous les procédés d'exploration, il peut arriver que le diagnostic reste en suspens.

Dans de tels cas, en présence d'un malade porteur de cette terrible infirmité, on ne devra jamais renoncer à l'opération exploratrice, même si les apparences sont en faveur d'un néoplasme.

L'examen histologique de la pièce est essentiel; il faut l'exiger péremptoirement; il pourra être fait extemporanément, mais le plus souvent, en raison des difficultés, le fragment, ou mieux les fragments multiples, seront soigneusement étudiés. On aura ainsi d'heureuses surprises et il sera toujours temps d'abandonner le malade à son sort si la réponse de l'histologiste est défavorable.

EVOLUTION ET COMPLICATIONS

La fistule sigmoïdo-vésicale constitue elle-même une complication, et nous avons vu que sa marche était variable suivant les cas.

Nous voudrions insister précisément sur les accidents qui peuvent, dans certains cas, caractériser l'évolution de la fistule, soit que ces accidents relèvent de la fistule elle-même, soit qu'ils en soient indépendants et simplement contemporains, occasionnés par l'évolution de l'affection causale, c'est-à-dire de la diverticulite sigmoïdienne ou du cancer.

A) Complications propres à la fistule

Ce sont, par ordre de fréquence :

a) INFECTION URINAIRE ASCENDANTE. — L'infection urétéro-rénale n'est pas exceptionnelle au cours des fistules sigmoïdo-vésicales. Plusieurs auteurs ont fait cathétériser les uretères de leurs malades pour s'en rendre compte et SUTTON a trouvé des urines infectées 3 fois sur 17 cas, soit 17,6 %.

Dans notre relevé, les lésions urétéro-rénales ont été signalées 15 fois sur 125 cas, soit 12 %; chiffre indiscutablement important.

FRANK, dans l'autopsie de son malade, note : « uretères et reins augmentés de volume », CZERNY écrit également : « reins gros », PERON note au cours de l'autopsie : « les orifices des uretères sains, l'uretère et le bassinet droits distendus et enflammés, les reins

sains; l'uretère gauche est enserré vers son tiers moyen par la tumeur cancéreuse; au dessous, le conduit est dilaté, ainsi que le bassin; dans le rein gauche, partie inférieure, 2 à 3 petits abcès en voie de formation. »

WALDVOGEL admet que la mort de son malade fut due à une pyélonéphrite ascendante.

ROGER et GRAVES en cathétérissant les uretères de leurs malades (obs. 56 et 57) ont trouvé des colibacilles dans l'urine des *uretères droits*.

DAVID, chez un de ses malades (obs. 83), après une première tentative opératoire, voulut pratiquer une deuxième intervention, mais ne fit qu'une colostomie à cause de l'infection du tractus urinaire; le même auteur, chez une autre malade (obs. 84), trouva à l'autopsie des lésions bacillaires du rein gauche (chez cette malade, la fistule était consécutive à la tuberculose vésicale, donc lésion rénale primitive ou secondaire (?).

KÜSTNER chez sa malade note une cysto-pyéélite manifeste.

BERDNA trouva dans l'urine de chaque rein des colibacilles. La fistule ayant été consécutive à des lésions actinomycosiques, à l'autopsie, on trouva différents foyers actinomycosiques; mais les reins étaient artério-scléreux avec de petits abcès corticaux, dans lesquels on n'a pas trouvé de filaments d'actinomyces.

VON HABERER et PERRIN en cathétérissant les uretères de leurs malades ont trouvé des colibacilles de deux côtés.

BERGERET nota la pyélonéphrite.

Dans une observation récente de CHEVASSU (obs. 124) l'urétéro-pyélographie rétrograde (fig. 6) mon-



FIG. 6. — Urééro-pyélographie du malade de l'observ. 124. Remarquer le rétrécissement de la portion terminale de l'uretère gauche avec dilatation sus-jacente. Ce rétrécissement semble répondre à la lésion causale (comparer avec la fig. 4, page 63).

tre : « légère dilatation, au début, du bassin et des calices gauches. L'uretère gauche présente un rétrécissement à sa partie terminale avec dilatation sus-jacente. Ce rétrécissement semble répondre à la lésion du côlon. » (comparer cette figure avec la figure 4, p. 63). Enfin chez un de nos malades personnels (obs. 125), où les urines étaient encore troubles trois mois après l'opération, la cystoscopie montra l'orifice urétéral droit large et béant donnant issue à de l'urine purulente.

En analysant les comptes-rendus, nous avons été frappé par trois points :

Tout d'abord, il y a lieu de distinguer dans beaucoup de cas un processus tout à fait indépendant de l'infection, celui de la compression urétérale par la tumeur inflammatoire. Nous avons déjà cité l'opinion de BALLIN qui croit à un état hydronéphrotique. Si cet état de choses favorise l'infection, on ne saurait en tout cas le confondre avec elle.

D'autre part, une grande partie de ces lésions, sinon toutes, sont causées par le colibacille. Les malades de VON HABERER, BERGERET et PERRIN furent guéris de leur infection rénale après séparation du sigmoïde de la vessie et interruption de la communication.

Enfin, il ne faut pas croire que l'infection envahit particulièrement et uniquement l'uretère et le rein gauches. Nous avons vu que, dans le cas de VON HABERER, BEDRNA et PERRIN, l'infection était bilatérale; et ROGER et GRAVES ont trouvé des colibacilles uniquement dans l'uretère droit.

Nous pensons donc que, pour les complications

rénales au cours de la fistule, on peut proposer trois mécanismes : ou *infection ascendante* simple par voie urétérale; ou *compression des uretères*, hydronéphrose, pyélite et pyélonéphrite consécutives; ou enfin, atteinte de l'appareil urinaire par *voie lymphatique* de proche en proche, à partir d'une tumeur inflammatoire suppurée sigmoïdienne, celle-ci très problématique.

b) LA FORMATION DE CALCULS INTRA-VÉSICAUX. —

Le passage du contenu intestinal avec, parfois, les corps étrangers qui l'accompagnent, aboutissent quelquefois à la formation de calculs; nous avons retrouvé 10 fois cette complication; les détails en sont intéressants : le malade de SYDNEY JONES est mort par infiltration d'urine et, à l'autopsie, on trouva un calcul vésical de la grosseur d'une fève, formé de matières fécales recouvertes de phosphate. Le malade de TESSON avait des signes de cystite depuis 2 ans (opération dans le petit bassin); ALBARRAN reconnut l'existence d'un calcul et l'enleva difficilement par lithotritie (il était collé et immobilisé sur la paroi droite de la vessie); le lithotriteur amena deux anses de fil de soie. KELLY, au cours de l'exploration vésicale par le speculum, extirpa un calcul de la vessie de sa malade. CERNÉ, après avoir opéré son malade et séparé le sigmoïde de la vessie, constata dans les suites opératoires que les urines devenaient encore plus purulentes qu'avant et le restèrent pendant un mois et demi, puis le malade expulsa deux calculs de la grosseur d'un pois; les urines devinrent encore plus purulentes, l'hématurie survint ainsi que la douleur. C'est alors que

CERNÉ intervint de nouveau et, par cystostomie, enleva un autre calcul long de 5 cm et large de 3 cm 5 et qui contenait en son centre une enveloppe d'amande; le malade guérit par la suite. Ce cas démonstratif nous montre une fois de plus l'importance de la cystoscopie au cours de l'examen clinique. DAVID constata ainsi trois calculs chez un de ses malades (obs. 87) et les enleva; COLBY ayant constaté un calcul à la cystoscopie fit de même. A l'autopsie du malade de MORESTIN on trouva un gros calcul dans la vessie et plusieurs dans les bassinets; d'après l'auteur, ces calculs existaient déjà avant l'apparition de la fistule. Et CHEVASSU extirpa de la vessie de sa malade (obs. 72) un calcul stercoral 1 an après l'opération. Enfin, chez un de nos malades personnels (obs. 125), porteur d'une cystostomie depuis trois ans, on sentit, au cours du changement de drain, des calculs qu'on extirpa immédiatement en agrandissant la cicatrice de l'ancienne cystostomie; dès lors, les urines s'éclaircirent progressivement.

Il faut donc penser à rechercher l'existence de concrétions calculeuses intra-vésicales qui peuvent, par leur présence seule, entretenir la cystite.

c) D'AUTRES COMPLICATIONS EXCEPTIONNELLES sont : l'érythème vulvaire chez la malade de SCHOCKAERT, qui serait dû au passage des matières par l'urètre, et la rectite chez le malade de MORESTIN et chez celui de BOEHM et DEAN (obs. 49), qui serait due au passage des urines par l'anus.

B) Complications contemporaines de la fistule

a) LA RÉTENTION D'URINE. — Dans notre série,

nous avons relevé 4 cas de cette espèce, 2 fois la fistule était établie et 2 fois celle-ci n'était pas encore constituée. Il nous a paru intéressant de les mentionner :

Les 2 cas au cours de l'évolution de la fistule sont : le malade de FRANK qui a fait de la rétention pendant deux jours, rétention qui a cédé d'elle-même (7 jours avant la mort). Un malade de RIEDER (obs. 77) fait une crise de rétention pendant 24 heures, suivie d'incontinence (miction involontaire). Les 2 autres cas sont : celui de MERCIER qui faisait des crises de rétention incomplète depuis dix ans et une crise complète quelques jours avant sa mort, et celui de GARNET WRIGHT, qui en était atteint depuis des années et dont l'état aurait nécessité des cathétérismes quotidiens.

Ni dans les autopsies, ni dans les comptes-rendus opératoires, la cause de cette rétention n'est indiquée et aucun fait ne permet de répondre.

Le mécanisme de ce syndrome pourrait admettre 3 explications : soit la compression de l'uretère par la tumeur; soit la rétention d'urine due à la cystite avec compression du bas-fond de l'uretère ou encore des rameaux vésicaux du plexus hypogastrique, avec parésie vésicale (cas de GARNET WRIGHT); soit enfin la rétention mécanique due à un calcul ou à un corps étranger.

b) LE SYNDROME OCCLUSIF est très important à connaître car il survient aux périodes les plus variables de l'évolution; il est susceptible de modifier complètement le plan thérapeutique.

L'occlusion intestinale a été rencontrée 8 fois dans notre série, dont 5 fois au cours de la fistule : la malade de TESSON, arrêt complet des matières pendant deux jours au milieu d'un syndrome péritonéal, occlusion cédant au lavement (il s'agissait d'une fistule post-opératoire); un des malades de RIEDER (obs. 77), occlusion ne cédant pas au lavement et nécessitant l'intervention (fistule cancéreuse); deux malades de DOBSON (obs. 99 et 100), tous les deux porteurs d'une fistule diverticulaire; le premier fit une occlusion aiguë, et le second une occlusion subaiguë. On intervint chez tous les deux, le second mourut au cinquième jour. Enfin, un de nos malades personnels (obs. 123), dont une occlusion aiguë quinze jours après le début de la maladie nécessita une intervention urgente.

Dans les trois autres cas, le syndrome occlusif a précédé l'apparition de la fistule; le malade de PUTENAT dont l'occlusion a duré un mois et demi (?) cédant au bout de ce temps à l'absorption de strychnine, et dont la fistule est apparue quinze jours plus tard; deux des malades de RIEDER (obs. 76 et 78) présentèrent : le premier, un iléus incomplet pendant deux jours et la pneumaturie au bout de ce temps; le second, une occlusion complète pendant deux jours, le toucher rectal provoquant l'évacuation des matières par l'urètre. Chez tous les deux, il s'agissait de diverticulite.

L'explication du syndrome occlusif est facile; les causes ne manquent pas; il est soit d'ordre mécanique : obstruction par méso-sigmoïdite rétractile, occlusion par coudure d'anses grêles; soit, dans

d'autres cas, dû à la lésion même de la paroi, avec diminution progressive du calibre intestinal. Cette sténose qui se développe lentement peut être parfois compliquée tout à coup au moyen d'un scyballe ou d'un corps étranger venant former clapet.

Nous ne voulons pas entrer dans le détail des autres complications telles que péritonite circonscrite péricolique, péritonite subaiguë plus ou moins diffusante, abcès péricolique se fistulisant, d'où coexistence d'une fistule sigmoïdo-pariétale et d'une fistule sigmoïdo-vésicale.

Le malade de ROWLANDS avait des crises de péritonite supposées d'origine appendiculaire avant l'apparition de la fistule.

PRONOSTIC

Abandonnée à elle-même, la fistule colo-vésicale aboutit, dans une grande proportion de cas, à une issue fatale; le délai est variable; il est souvent assez bref, soit par suite de l'évolution de la maladie causale elle-même, soit par les complications que nous avons énumérées.

Parmi nos 22 observations de malades non opérés, il y en a 5 qui n'indiquent pas le résultat; les 17 autres malades sont morts dans un délai de un à quelques mois après que fût diagnostiquée la fistule. La gravité de celle-ci est donc extrême, peut-être en raison du fait que l'organisme est déjà sérieusement touché; on ne peut cependant pas dire d'emblée que la fistule colo-vésicale, même abandonnée à elle-même, soit fatale.

En dehors de l'état de résistance du sujet, dont le rôle est capital dans toutes les maladies quelles qu'elles soient, il y a lieu de noter que celui-ci subit depuis plusieurs mois les conséquences d'une infection locale grave, accompagnée d'intoxication stercorémique. Nous ne citons que pour mémoire le retentissement psychique d'une infirmité que beaucoup de sujets supportent très difficilement, témoins les cas de suicide que nous avons déjà indiqués.

La nature de la maladie n'est pas non plus sans importance; les fistules cancéreuses sont naturellement d'un pronostic particulièrement sombre et, sauf un cas de guérison vérifié au bout de douze ans (obs. 108), la survie dans les cas de ce genre n'a pas dépassé un an.

Pour les fistules inflammatoires, le pronostic dépend surtout du moment où l'on est intervenu pour en faire la cure opératoire. C'est ainsi que le malade de MAILER (fistule d'origine tuberculeuse), revu deux ans après l'opération, n'avait ni manifestation intestinale, ni récurrence de fistule, bien qu'ayant présenté d'autres localisations tuberculeuses (épididymite).

Même non soignées, les fistules inflammatoires sont quelquefois assez bien tolérées. C'est ainsi que deux malades de HARTMANN (obs. 39 et 45) devinrent enceintes et menèrent leurs grossesses à terme tout en ayant leurs fistules et qu'un des malades de DAVID (obs. 82) consulta 25 ans après la constatation de pneumaturie et de fécalurie.

Ces quelques exemples ne doivent pas suffire à nous rendre optimistes.

Enfin, la topographie de la fistule, nous le verrons au chapitre de thérapeutique, joue un rôle primordial dans le résultat opératoire et on peut en quelque sorte porter un pronostic sur le résultat, d'autant plus certain que le siège de la fistule est plus favorablement placé.

En somme, mis à part les cas de cancer, l'opinion généralement répandue de l'extrême gravité des fistules colo-vésicales est trop pessimiste, à la condition que la précocité de l'intervention soit considérée comme un facteur des plus importants, le chirurgien ayant affaire à un malade dont l'état de résistance est encore très satisfaisant, les lésions n'ayant pas déterminé de désordres au-dessus des ressources de la chirurgie.

Tableau pronostic des 125 cas d'après les lésions causales

Origine	Opérés ou non	Guéris	Améliorés	Station- naires	Morts	Résultats inconnus
Diverticulaire 47 cas	opérés 39	24 (61,8 %)	4	—	7 (17,5 %)	4
	non opérés 8	—	—	1	2	5
Cancéreuse 22 cas	opérés 15	1 (7 %)	—	1	12 (85,7 %)	1
	non opérés 7	—	—	—	6	1
Traumatique et chirurgicale 8 cas	opérés 7	5	—	—	1	1
	non opéré 1	—	—	—	1	—
Syphilitique 3 cas	opéré 1	—	1	—	—	—
	non opérés 2	2	—	—	—	—
Tuberculeuse 3 cas	opérés	1	—	—	1	1
Ulcéreuse 2 cas	opérés	—	—	—	2	—
Parasitaire 2 cas	opérés	1	—	—	1	—
Appendiculaire et annexielle, 3 cas	opérés	2	—	—	1	—
Inconnue 35 cas	opérés 19	4	1	2	10	2
	non opérés 16	—	—	—	13	3

Dans ce tableau nous ne tenons pas compte du point de départ (intestinal ou vésical)

TRAITEMENT

Nous envisagerons le traitement de la fistule en tant que communication sigmoïdo-vésicale dans sa plus simple expression, c'est-à-dire en laissant de côté la nature (néoplasique surtout, ou tuberculeuse) qui pourrait, en aggravant la situation, modifier l'indication opératoire.

Il y a lieu d'envisager la thérapeutique à deux époques. Au stade préfistuleux, c'est en quelque sorte un traitement préventif; au stade de la fistule constituée, c'est un traitement soit palliatif, soit curatif.

A) Traitement au stade préfistuleux

Nous avons longuement insisté sur le syndrome qui permettra au clinicien attentif d'arriver au diagnostic vraisemblable; nous avons vu aussi que les adhérences entre le sigmoïde et la vessie donnent naissance à ce signal d'alarme.

Quelle conduite tenir?

La réponse à cette question ne peut être que théorique, car la documentation des faits est insuffisante sur ce point. Le diagnostic précoce n'a été fait que rarement et la discordance des rares opinions qui existent ne permet pas de conclusion nette.

a) IL N'Y A PAS DE SIGNES CLINIQUES D'ABCÈS. — Cela ne prouve pas absolument qu'il n'y ait pas d'abcès, car très souvent, dit LETT, ce sont de petites collections miliaires qui échappent à tout examen et

que la clinique est impuissante à déceler. Certains préfèrent alors tenter le traitement médical (CHUTE, RIEDER et SOUPAULT); d'autres préconisent d'emblée le traitement chirurgical (COLBY et VON HABERER).

Le traitement médical consiste, pendant les crises, en diète, repos absolu, application continue de glace sur l'hypogastre et la fosse iliaque gauche; dans l'intervalle des crises : repos, diététique étroite, désinfection intestinale, lutte contre la constipation, anti-spasmodiques. Quant à la sonde vésicale, malgré les crises de cystite ou à cause d'elles plutôt, s'en servir le moins possible.

LETT a obtenu de la sorte 3 guérisons sur 6 maladies de ce genre, mais la persistance de ces guérisons ne nous est pas indiquée. Un des 2 malades de CHUTE fut nettement amélioré, l'autre mourut (hémorragies cérébrales). (Cf. Symptomatologie, obs. II et III.) Notre malade personnel (Cf. Symptomatologie, obs. I) fut tout-à-fait amélioré et, malgré une petite rechute beaucoup moins sérieuse, il va bien actuellement au bout de sept mois; il a engraisé et repris sa vie active. Cette guérison se maintiendra-t-elle?

L. MUMMERY est sceptique; il estime qu'une fois l'inflammation commencée, elle progresse quoi qu'on fasse. Notre rare documentation à ce sujet ne nous permet pas de prendre position.

Le traitement chirurgical consiste à détruire les adhérences, disséquer les organes, exciser le diverticule malade, s'opposer aux nouvelles adhérences par des artifices que nous citerons plus loin.

La conduite de choix paraît devoir être la suivante: tenter le traitement médical sévère, vigoureux, sur-

veillé, continu malgré les améliorations obtenues, en un mot l'expectative « armée »; et intervenir dès que les accidents paraissent s'aggraver ou si les symptômes manifestent des rechutes trop fréquentes. « Autant la hâte opératoire est illégitime, puisque beaucoup de malades s'améliorent tout simplement, autant l'obstination deviendrait préjudiciable » (SOUPAULT).

b) IL Y A DES SIGNES D'ABCÈS PÉRI-VÉSICAL. — Quand cet abcès est certain, reconnu (altération de l'état général, fièvre, abattement, hyperleucocytose, etc.), tous les auteurs sont d'accord : il faut *inciser et drainer l'abcès par laparotomie*.

A ce moment, éviter à tout prix les manœuvres de mobilisation des lésions qui risquent de diffuser l'infection; cependant, comme le conseille SOUPAULT, s'efforcer d'y voir un peu plus clair, se rendre compte s'il n'existe pas plusieurs collections, chercher en tout cas à repérer aussi exactement que possible l'étendue et la topographie de celle qu'on vient d'ouvrir.

Toute opération complémentaire telle que la colostomie doit, sauf exception, être rejetée à ce moment. EDWARDS dit qu'il faut agir « conservativement » et faire face aux seules nécessités de l'heure; LETT, de même, conseille d'attendre la désinfection complète avant d'aller plus loin.

Si l'abcès fait saillie dans le rectum ou le vagin, WEIBLE préconise l'incision et le drainage par le rectum ou le vagin, mais c'est une éventualité vraiment exceptionnelle (LETT).

Après l'incision, l'écoulement du pus s'accompagnera souvent de débris stercoraux tout d'abord

abondants puis diminuant progressivement en même temps que la sécrétion purulente jusqu'à la guérison. Celle-ci demandera toujours plusieurs semaines. Il pourra subsister un petit orifice fistuleux intermittent.

Une fois jugulé cet abcès et l'état général amélioré, on ne saurait considérer le malade comme guéri. A ce moment, la plupart des auteurs sont partisans d'une intervention ayant pour but de s'attaquer à l'affection causale, et c'est la raison même car le drainage ne saurait débarrasser le sigmoïde de ses diverticules infectés perforés; une des malades de BROHEE et URBAIN, incisée et drainée, a fait de l'hecticité pendant plusieurs mois et est morte d'une hémorragie grave. Le malade de BREWER (Cf. Symptomatologie, obs. VI), après un drainage simple, fut guéri pour cinq ans et, au bout de ce temps, présenta de nouveau les mêmes symptômes. Un autre abcès s'était formé entre le sigmoïde et la vessie; les lésions étaient cette fois plus prononcées et les adhérences plus denses.

Il y a donc lieu de préconiser *la dérivation* dans un second temps, après le drainage fait dans le premier temps. Ici, on pourra voir survenir dans de meilleures conditions la cicatrisation des lésions.

Où faire cette dérivation? EDWARDS conseille de la faire basse; LETT préfère la colostomie transverse. Nous nous rallierons plus volontiers à l'opinion d'EDWARDS.

Signalons toutefois qu'il peut arriver que, même avec la colostomie dérivatrice, l'état infectieux du sigmoïde sous-jacent ou du diverticule qu'il porte, continue, en l'absence même de tout passage des matières, à inoculer la zone péricolostomienne et à entre-

tenir là un léger état infectieux, d'où la nécessité qu'ont reconnue certains auteurs de procéder à l'*exc-rèse* de la portion malade du sigmoïde.

c) QUAND L'ÉVOLUTION PRÉ-FISTULEUSE SE FAIT SUR UN MODE CHRONIQUE, et qu'aux anciens troubles sigmoïdiens s'ajoute une masse palpable plus ou moins dure dans la fosse iliaque gauche, ce qu'on a appelé la « forme tumorale pseudo-cancéreuse » sur laquelle nous avons déjà insisté ainsi que sur les confusions de diagnostic à ce sujet, il y a lieu d'intervenir sans attendre, bien entendu, mais cette fois dans le but de connaître la nature de la tumeur et, s'il s'agit de cancer, d'en faire l'extirpation. C'est par ce détour que se trouvera traitée d'une façon préventive la fistule colo-vésicale qui se produirait tôt ou tard dans le cas que nous supposons ici. En présence de la tumeur, nous avons vu quelles hésitations de nombreux auteurs ont éprouvées; la biopsie extemporanée peut seule, parfois, apporter des précisions.

Ces tumeurs inflammatoires qui ont déjà résisté longtemps au traitement médical doivent-elles être toujours enlevées? Certains estiment que la dérivation simple est suffisante (L. MUMMERY, PRIMEROSE); d'autres préfèrent la dérivation suivie de résection (ABELL, JUDD et POLLAK); d'autres encore la résection en un temps (EDWARDS, HUSTON) ou en deux temps (MIKULICZ, EDWARDS, SANTY, JUDD et POLLAK).

C'est une question d'espèce; les conditions ne sont jamais identiques, c'est pourquoi les auteurs ont agi différemment.

Certes, le but doit être la résection de la tumeur qui, ayant atteint les caractères de cette période, ne

disparaîtra jamais complètement, mais les circonstances locales ne se prêtent pas toujours à l'exérèse (sigmoïdite rétractile, péricolite intense, facteurs anatomiques comme le siège de la tumeur ou la longueur de l'anse); c'est une question de jugement, de bon sens. C'est ainsi que von HABERER, chez son malade (Cf. Symptomatologie, obs. VII) fut, après l'extirpation de la tumeur, empêché de réaliser une anastomose bout à bout par la rétraction du mésentère et l'inflammation étendue du côlon; il fixa donc le bout supérieur à la peau et réalisa ainsi une colostomie.

Quelle durée donner à la colostomie? Très longue dans tous les cas. Le délai de douze mois est un minimum (EDWARDS, L. MUMMERY) et la fermeture précoce est à déconseiller, la reprise des accidents ayant été constatée (PRIMROSE).

B) Traitement de la fistule colo-vésicale établie (palliatif et curatif)

BOYER disait : « La fistule vésico-intestinale est au-dessus des ressources de l'art. »

On conçoit volontiers une pareille affirmation à l'époque puisque, dans notre relevé d'observations antérieures à 1900, figurent les résultats du traitement de 31 cas, sur lesquels nous trouvons une seule guérison (3,2 %), une amélioration par drainage simple (3,2 %), trois résultats inconnus et 26 morts (84,2 %). Sur ces 26 cas de mort, 15 cas non opérés, 11 opérés (3 dérivations, 4 tentatives de cure par séparation des organes, 2 explorations simples, 1 suture des orifices

fistuleux par le rectum et 1 sans détails de technique suffisants).

Heureusement, les statistiques récentes montrent une diminution progressive et considérable de cette mortalité qui reste cependant assez élevée.

Envisageons tour à tour les deux grandes méthodes de traitement, qui s'opposent dans une certaine mesure : traitement médical et traitement chirurgical.

Le traitement médical peut être employé seul ou comme adjuvant du traitement chirurgical. Trois exemples parmi nos observations prouveraient, par la guérison qu'ils signalent, que la simple thérapeutique médicamenteuse — quelque invraisemblable que cela paraisse — peut être efficace. Le malade de BLANC et NEGRO et celui de JEANBRAU, chez lesquels la spécificité manifeste fut par la suite reconnue comme étant la cause de la fistule, furent guéris par le traitement antisypilitique, déjà connu et utilisé depuis longtemps pour d'autres localisations de syphilis intestinale. MONODON, dans une thèse récente, cite : sur 10 cas de fistule entéro-vésicale de nature syphilitique et soignée médicalement, 5 guérisons, 3 améliorations et 2 morts.

Le troisième cas guéri sans opération est celui d'un malade de RIEDER (obs. 78), dont la fistule d'origine diverticulaire fut traitée avec succès par la sonde vésicale à demeure accompagnée de quelques lavages vésicaux antiseptiques.

Mais cette éventualité ne s'est jamais retrouvée et on ne saurait, en bonne logique, escompter, par des moyens aussi simples, la disparition de la communication sigmoïdo-vésicale.

Ce serait donc perdre un temps précieux et favoriser l'apparition de complications que de s'attarder. D'ailleurs, la plupart des auteurs sont d'accord sur la nécessité d'intervenir chirurgicalement.

Toutefois, le traitement médical comme adjuvant du traitement chirurgical n'est nullement négligeable; la sonde à demeure, accompagnée de lavages désinfectants de la vessie préalables à l'opération, la préparation par un régime alimentaire sérieux, l'évacuation complète de l'intestin, sa désinfection, l'hygiène générale et même le traitement moral. Car les malades sont souvent dans un état de profonde hypochondrie par suite de cette triste infirmité.

Le traitement chirurgical. — Les méthodes comprennent, soit la dérivation simple, soit l'opération radicale, soit la colectomie segmentaire, cet ordre étant celui de gravité croissante.

a) LA COLOSTOMIE.

On l'a réalisée dans différentes circonstances; tout d'abord chez des sujets qui présentaient un syndrome occlusif aigu, où le chirurgien eut en quelque sorte la main forcée; d'autres fois devant une sténose accentuée du sigmoïde entraînant un état d'occlusion chronique avec stercorémie; enfin, chez des malades affaiblis, infectés chroniquement ou chez des sujets usés par une infirmité datant de longtemps.

En somme, cette méthode opératoire est à réserver aux cas graves pour lesquels une opération de plus grande envergure comporterait un risque important. De toute manière, d'ailleurs, le pronostic de ces cas est réservé.

Certains auteurs généralisent davantage l'indication de la colostomie. RIEDER conseille une dérivation haute chaque fois que le diagnostic n'est pas évident, s'en remettant à l'évolution post-opératoire pour juger s'il est nécessaire de faire davantage. Les cas de DOCKETT et SÉNÈQUE prouvent l'importance capitale de cette attente.

LETT, plus systématique encore, recommande la colostomie dès que la fistule est reconnue.

Certes, la dérivation des matières améliore beaucoup les signes vésicaux et, en deux ou trois semaines généralement, les urines deviennent claires, l'état général se rétablit et on peut éventuellement passer à un second temps. C'est le principal avantage de cette opération palliative.

Où réaliser la colostomie? Les circonstances peuvent influencer le choix du siège de la dérivation. DOBSON et MOIR la réalisent sur le caecum, mais généralement c'est l'anse colique transverse ou le côlon descendant qui sont choisis. Si, en effet, une grande partie du côlon pelvien est incluse dans la masse inflammatoire, on risque d'éprouver une extrême difficulté à trouver sur l'anse la place pour l'amener hors du ventre et y établir la stomie dérivatrice. Il doit exister en principe une portion suffisamment longue de côlon sain entre la zone malade et le futur anus artificiel. Il y aurait lieu à ce point de vue de connaître l'existence possible de multiples diverticules, parfois même disposés en grappes dans le descendant. C'est à tous ces titres que le côlon transverse pourra être préféré.

En dehors de ces indications, admettons volontiers que la dérivation doit être basse (EDWARDS).

Quoi qu'il en soit, la dérivation n'aboutit pas — c'est une règle presque sans exception — à la cicatrisation du trajet. Parmi nos observations, la colostomie a été relevée 41 fois avec 11 guérisons seulement (encore les textes ne sont-ils pas toujours explicites), 9 améliorations, 20 morts (soit presque la moitié) et 1 résultat inconnu; mais il faut tenir compte, nous l'avons vu il y a quelques lignes, de ce qu'en général c'est aux cas particulièrement graves qu'est réservée la colostomie.

Dans 16 cas, cette colostomie a été la seule intervention; 10 de ces malades sont morts :

— 7 de cancer : ceux de CHAUVIN, MORRISSEY, MICHON, HARTMANN (obs. 51 et 74), LOUMEAU et GOUVERNEUR (obs. 119) (pas d'examen histologique toutefois) et 2 de diverticule : ceux de TELLING et LETT;

— 5 ont été améliorés : ceux de LEGUEU, RIEDER (obs. 76), MOLLOY, DOGGETT, SÉNÈQUE; 1 de nos malades personnels (obs. 123) dont l'état est resté stationnaire. Pour les 25 autres cas, d'autres interventions furent pratiquées par la suite, mais tellement différentes les unes des autres qu'il est impossible d'en établir une classification; chaque cas paraît avoir été résolu au gré de circonstances spéciales. Voici une partie de la nomenclature :

— Opération radicale et colostomie : 2 fois par DOBSON (obs. 100 et 101), 1 amélioration et 1 mort; 1 fois par DAVID (obs. 85), résultat inconnu.

— Colostomie et plus tard opération radicale : 1 fois par PERRIN, et 1 fois par LE GAC (obs. 115), guérisons,

— Opération radicale, colostomie et cystostomie pour calcul : 1 fois par COLBY, guérison.

— Caecostomie et colectomie : 1 fois par DOBSON (obs. 102), guérison.

— Colostomie, colectomie et cystectomie (BERGERET, guérison, et RIEDER, obs. 77, mort.)

— Caecostomie pour occlusion, 3 mois après colectomie et anus iliaque, quelques jours après fermeture de caecostomie (DOBSON, obs. 99, guérison).

— Colostomie transverse, plus tard colectomie et cystectomie (LIONEL NORBURY, obs. 96, mort).

— Colostomie transverse et cystostomie, 2 fois par LIONEL NORBURY (obs. 60 et 95); les deux aboutirent à la guérison, mais on n'a pu supprimer plus tard la colostomie, tellement le sigmoïde était sténosé.

— Colostomie et colectomie : 2 fois par NEWTON, 2 morts et 1 fois par JUDD (obs. 91), amélioration, 1 fois par KEEFE, guérison; et 1 fois par GOUVERNEUR (obs. 122) résultat inconnu.

— Cystostomie, excision de la lésion tuberculeuse de la vessie, et plus tard colectomie (DAVID, obs. 84, mort).

— Cystostomie, plus tard colostomie transverse et plus tard colectomie (LE GAC, obs. 107, mort).

— Caecostomie et plus tard résection du cæcum et anastomose latérale (LEVISON, guérison).

— Cystostomie et plus tard colostomie (SCHWARTZ, mort).

— Colostomie, plus tard cystostomie pour calcul, et plus tard opération radicale (GOUVERNEUR, obs. 125, guérison).

— Colostomie et fermeture des orifices fistuleux

par la voie trans-vésicale (HILLEMAND, mort plus tard d'occlusion).

Enfin, pour montrer le complexité des opérations appliquées, citons le cas de MOONS qui, pour un cas de fistule iléo-caeco-sigmoïdo-vésicale, pratiqua une colostomie transverse qui n'empêcha pas, bien entendu, le passage des matières dans la vessie :

1° L'exclusion du caecum (section du côlon ascendant et fermeture des deux bouts sectionnés);

2° La section de l'anse iléale accolée;

3° La fermeture de l'anse iléale adjacente à la masse du petit bassin;

4° L'implantation de l'anse iléale libre dans le caeco-ascendant (implantation termino-latérale).

Le malade a guéri.

C'est donc suivant les éléments anatomiques qui donnent à la fistule sa physionomie, l'âge de la lésion, l'état du malade, les complications en cours ou non, etc... qu'on choisira la voie à suivre.

b) L'OPÉRATION RADICALE. — La « cure radicale » consiste, ainsi que son nom l'indique, à rétablir les choses dans leur état antérieur. On peut donc la décrire : « abord et dissection des organes, séparation du sigmoïde de la vessie, épiluchage des orifices fistuleux et fermeture de chacun des orifices par deux ou trois plans de suture ». C'est évidemment le procédé le plus logique; il est élégant, séduisant, malheureusement pas toujours praticable. Pour qu'il soit réalisable, l'affection doit être relativement récente, le malade en état de le supporter, et les conditions locales adéquates (paroi sigmoïdienne lésée sur

une petite surface seulement et lésions ne siégeant pas trop bas sur le sigmoïde). (1)

21 fois dans notre série, cette cure radicale a été tentée, avec 14 guérisons complètes (66,6 %) (cas de HEPNER, HÄNEL, HARTMANN (obs. 39 et 45), CERNÉ, BUREAU, GARNET WRIGHT, GORDON CRAIG, BALLIN VESEEN, CHUTE (obs. 75), JUDD (obs. 90), von HABERER et SOUPAULT). Notons en passant que 9 de ces 13 malades étaient porteurs de diverticulite sigmoïdienne diffuse.

En analysant ces résultats, on voit que tous n'ont pas été obtenus immédiatement, car les deux organes une fois séparés ne demandent qu'à s'accoler de nouveau et c'est pourquoi les chirurgiens ont inventé ou préconisé différents artifices afin de s'y opposer. GARNET WRIGHT, ayant échoué une première fois, opéra son malade à nouveau et, cette fois-ci, fixa le côlon pelvien à la fosse iliaque gauche (la guérison se maintint); HARTMANN et BALLIN firent une interposition épiploïque; VESEEN plaça une lame de caoutchouc. Malgré ces précautions, on n'arrive pas toujours à empêcher un nouvel accollement; par exemple, le malade de CHUTE (obs. 46), malgré l'interposition épiploïque et la présence d'une lame de caoutchouc, fit une récurrence de sa fistule.

(1) Dans deux circonstances, l'acte chirurgical devient en effet difficile: c'est quand d'une part la fistule est bas située sur le côlon et sur la vessie (Chute, dans un de ses compte rendus, dit: « la brèche vésicale était tellement basse dans le pelvis que je n'ai pu arriver à mettre des points de suture en quantité suffisante », obs. 47); et, d'autre part, quand le trajet fistuleux est situé à proximité de l'uretère, SCHOCKAERT, dans la crainte de léser l'uretère, renonça à l'excision de la fistule vésicale.

Il peut arriver qu'on ne parvienne pas à découvrir les orifices fistuleux car ils sont parfois minimes et perdus dans la boursoufflure, l'oedème des parois des viscères. On se contente alors de recouvrir les surfaces d'accollement par plusieurs rangs de suture, et la guérison, conquise ainsi un peu à l'aveuglette, se maintient cependant (cas de VESEEN). Mais aussi, certaines complications post-opératoires peuvent survenir et von HABERER fut amené à pratiquer une fistule caecale trois jours après une cure radicale parce qu'il y avait une stase dans la région de la suture colique. Cette petite soupape suffit à amener la guérison.

Un détail capital consiste à bien drainer le foyer; drainage qui doit être large et suffisant et qui s'impose étant donnée la septicité toute particulière du milieu où l'on évolue. Chez un de nos malades personnels (obs. 125), bien que l'opération se soit passée d'une façon schématique avec large drainage, il y eut une infection pariétale qui nécessita ultérieurement une suture secondaire de la paroi. Les morts se produisirent 2 fois par péritonite (CHUTE, obs. 46, et ROWLANDS), 1 fois par septicémie ayant pour point de départ une collection localisée dans le pelvis (CHUTE, obs. 47). L'autopsie montra qu'il s'était formé des abcès autour de replis intestinaux, sous des adhérences, et illustra le principe de désinfection large du foyer après l'opération. Enfin, le malade de BRYAN mourut de rétention le 7^e jour.

c) LA COLECTOMIE EN UN TEMPS. — Certains auteurs, au cours de la laparotomie, se trouvent en pré-

sence d'une masse extirpable et n'hésitent pas à pratiquer d'emblée une colectomie avec anastomose bout-à-bout, certaines de ces colectomies étant accompagnées de cystectomies partielles. Nous trouvons 6 exemples de cette manière, avec 1 mort et 5 guérisons.

BOEHM et DEAN, chez une de leurs malades (obs. 49) ont pratiqué la colectomie et la cystectomie, ont ensuite fermé la brèche vésicale en y suturant le fond de l'utérus; la malade mourut le 3^e jour de péritonite. L'examen de la pièce montra un adéno-épithélioma de la vessie propagé au côlon sigmoïdien.

CUNNINGHAM pratiqua la colectomie et cystectomie, et son malade quitta l'hôpital le 20^e jour dans d'excellentes conditions; il s'agissait d'un cancer sigmoïdien.

MAILER, chez son malade atteint de tuberculose et diverticulite sigmoïdiennes, pratiqua une résection sigmoïdienne avec anastomose bout-à-bout; la guérison s'ensuivit.

CHRISTOPHE, gêné par la profondeur des lésions chez son malade (fistule traumatique) établit, après la colectomie, la continuité intestinale par un bouton de Murphy; guérison.

WILLAN, chez un de ses malades (obs. 108) porteur d'un cancer sigmoïdien, réséqua le sigmoïde et fit une anastomose bout-à-bout; 12 ans plus tard le malade se portait bien; le même auteur, chez un autre malade (obs. 109) atteint d'une fistule diverticulaire, fit une colectomie et, ne trouvant pas l'orifice fistuleux de la vessie, péritonisa sa surface; guérison maintenue 2 ans 1/2 après.

Sur 6 malades colectomisés, 3 sont cancéreux; ce

détail est important car il montre que les chirurgiens partisans de cette exérèse la font surtout en cas de doute sur la nature et par crainte de l'existence du cancer.

Encore faut-il que l'extirpation soit réalisable en raison des conditions régionales, et que le sujet ait un état général apte à supporter un acte opératoire toujours choquant. Ce sont des conditions rarement réunies.

d) PROCÉDÉS DIVERS. — Ce n'est que pour mémoire que nous citons les tentatives de cure par la voie transvésicale, dont l'idée s'apparente aux cures transvésicales des fistules vésico-vaginales.

Proposée par LE DENTU en 1884, réalisée par POUSSON, de Bordeaux, en 1895, cette méthode a déjà été critiquée par BAZY (Pierre) à la Société de Chirurgie le 11 mars 1903.

Chez le malade de DELBET, on avait suturé deux fois auparavant la fistule par cette voie, sans résultat bien entendu. Le malade de CHRISTOPHE avait subi trois interventions semblables sans succès. HILLEMANT sutura la fistule, chez sa malade, par la voie transvésicale, mais après une dérivation temporaire. La lésion évolua et l'occlusion progressive emporta la malade. KÜSTNER, 4 jours après une tentative transvésicale, fut obligé de pratiquer un anus iliaque; 8 semaines après, l'examen radiologique montra l'obstruction de la fistule (?). Enfin CHEVASSU chez sa malade (obs. 72) un an après une intervention par cette voie, fut amené à enlever un calcul vésical dont l'examen montra la nature stercorale. Donc procédé à proscrire sans discussion.

Une autre conduite thérapeutique assez curieuse est celle de SCHOCKAERT. Cet auteur, renonçant à l'excision du trajet, fit une ligature à l'aide de fil de soie sur le trajet fistuleux. La malade guérit et, revue 3 ans après, était en bonne santé. Mais remarquons que cette malade présentait une fistule post-opératoire et non pathologique. Le résultat aurait pu être différent s'il y avait eu lésion organique.

En résumé, et en nous servant des chiffres indiqués à chacun des derniers paragraphes, nous trouvons, dans l'ensemble, que la guérison a été obtenue, depuis 1900, dans 41,5 % des cas; quoique l'amélioration soit considérable sur la période antérieure à 1900 (3,2 %), ce chiffre n'est pas encore suffisant et la mortalité (33 %) est encore beaucoup trop élevée.

Nous admettons que ces résultats sont grevés du fait qu'on attend toujours beaucoup trop longtemps pour s'attaquer à une lésion qui n'a aucune chance de guérir en dehors de l'opération, et que, lorsqu'on se trouve en présence d'un sujet dont l'état général est bon et l'infirmité récente, on doit procéder, après une soigneuse préparation, à une laparotomie d'emblée et agir d'après ce qu'on trouve, à savoir : cure radicale ou colectomie complémentaire. Mais, si on a affaire à un sujet fatigué, en mauvais état général, avec lésions anciennes, pratiquer tout d'abord sans hésiter une dérivation, qu'on fera suivre d'une surveillance attentive du malade en y adjoignant des traitements médicaux minutieux et tenaces, (désinfection du foyer, désinfection de la vessie), puis savoir attendre le moment propice pour passer à l'opération curatrice.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — (J.-P. FRANK). *Oratio academica de vesica urinari ex vicinia morbosa cegrolante, in dilectus opusculorum medicorum, rédigé par FRANK. TIGINI, 1786, t. II, pagination à par (in thèse Pascal) (1).*

Prêtre vénitien, Victor D., âgé de 73 ans.

Après un long voyage, il se sentit très affaibli. Bientôt, vinrent la perte d'appétit, difficulté de respirer, douleurs à l'hypochondre droit et descendant jusqu'à l'ombilic. A l'hypochondre gauche se développe une tumeur facile à palper. Les symptômes tourmentèrent le malade pendant deux mois; puis il fut pris d'une dysentérie, tantôt forte, tantôt presque nulle; elle ne disparut pas depuis. Puis un nouveau symptôme apparut, le malade commença à rendre par l'urètre sans aucune douleur ni prurit, une matière épaisse, grisâtre, très fétide.

Il vint à ma clinique le 31 mai. A l'examen son pouls est mou, faible, un peu accéléré, respiration rapide, langue saburrale, haleine fétide, voix faible, peau sèche, ventre mou. Les fèces étaient grises et très fétides, urine peu abondante, mais avec beaucoup de substance grise très semblable à ses fèces et présentant la même odeur.

Il s'agissait pour moi d'une communication vésico-intestinale due à un ulcère.

Je prescrivis au malade quelques remèdes légèrement purgatifs et le gardai à ma clinique.

1^{er} juin. Pouls plus élevé, à peine fébrile, langue plus propre, fèces abondantes prenant la coloration jaunâtre, urine très semblable aux fèces diluées.

3 juin. Rétention d'urine, pas de gonflement du pubis.

4 juin. Rétention continue.

5 juin. Les urines sortent par l'urètre, je prescrivis un lavement de quinine espérant qu'il ressortira par l'urètre. Non, lavement butyrique ne reparut pas non plus dans les urines; j'injectai alors dans la vessie de l'eau colorée en rouge, elle sortit par l'anus.

Les 8 et 10 le malade eut une forte hémorragie rectale, suivie le 10 de la mort.

(1) Les 31 observations antérieures à 1900 ont été extraites de la thèse de Pascal.

Autopsie : Ventre très contracté et vide; mésentère ni foie ne présentent rien d'anormal, aucune tumeur. L'iléon descendait profondément mais était sain. Le côlon très rétréci au niveau de la flexure sigmoïde, à ce niveau et au-dessus existait un diverticule qui avait la forme d'un sac et le volume du poing. La vessie adhérait à ce sac. Les cavités vésicale et colique communiquaient l'une avec l'autre moyennant un court conduit. Uretères 3 fois aussi gros qu'ordinairement, reins augmentés de volume.

Les médicaments astringents avaient probablement provoqué l'inflammation, après quoi se développa l'adhérence et la perforation.

Obs. 2. — RABOUAM : (*Bull. de la Faculté et de la Sté de Médecine de Paris*, 1820, t. LXXII, p. 200).

Résumé : Femme de 24 ans entrée à l'Hôtel-Dieu le 26 avril 1820. Depuis 8 jours environ, éprouvait des douleurs lombaires, des coliques, des vomissements, de l'anxiété, de l'inappétence et de la céphalalgie. Tout cela survint à la suite de la suppuration inexplicable des règles. Vingt sangsues à la vulve, à 4 reprises; bains de siège, lavements irritants. Tout cela employé pendant huit jours amène quelques soulagements; mais à l'époque menstruelle, les règles ne vinrent pas et les anciens accidents se renouvelèrent avec plus d'intensité. Le ventre se tuméfia, devint très douloureux, nausées, vomissements, hoquets, constipation, chaleur à la peau, petitesse et fréquence du pouls ne cédèrent que peu à peu. Cependant les forces diminuèrent progressivement et le marasme s'établit. Dans les derniers jours de la maladie (elle mourut le 22 mai) les douleurs reparurent et les vomissements augmentèrent. On remarqua aussi, la veille de sa mort, que ses urines étaient troubles et contenaient une matière purulente, grisâtre, tout à fait inodore.

Autopsie : Péritoine qui revêt la face postérieure des parois abdominales, le foie et l'estomac piquetés et épaissis. Grand épiploon adhérent à 3 cm. du pubis à la paroi antérieure de l'abdomen, de manière à former au-dessus une cavité sans communication avec l'excavation pelvienne; il formait au-devant de la masse intestinale, ensevelie sous lui, une espèce de membrane composée d'une matière albumineuse concrète granulée et comme tuberculeuse. Les circonvolutions intestinales collées

à lui et entre elles, au moyen d'une matière analogue. Après avoir incisé cette adhérence du grand épiploon, j'arrivai dans un foyer à moitié rempli d'une matière aqueuse grisâtre, contenant des flocons albumineux en suspension. Gros comme un œuf, ce foyer avait pour paroi, en avant, parois abdominales, en arrière, anses inférieures de l'iléon adhérentes entre elles; en haut, adhérences du grand épiploon à l'abdomen; à droite, anse de l'iléon, à gauche une partie de l'S romaine du côlon; en bas sommet et la face postérieure de la vessie.

A la partie postérieure et supérieure de la vessie (laquelle contenait un liquide analogue à celui du foyer et dont la muqueuse était épaissie et noirâtre) on voit une ouverture de la largeur d'une pièce de 2 fr., aux bords noirâtres. Toutes les parois du foyer étaient recouvertes d'une couche épaisse de matière albumineuse, concrète, granulée.

Après avoir détruit les adhérences des anses inférieures de l'iléon aux parties inférieures et postérieures de la vessie et antérieures de l'utérus, après avoir relevé ces anses, on pénètre dans un autre foyer un peu moins ample, contenant une matière jaunâtre, demi-liquide, sentant les fèces. Il avait pour paroi, en avant, face postérieure de l'anse de l'iléon, en arrière, partie supérieure du rectum, latéralement, ligaments larges; en bas l'utérus, en haut, fin de l'S romaine du côlon. Toutes ces parties étaient recouvertes d'une couche de matière albumineuse granulée dont l'épaisseur était considérable, surtout entre le rectum et l'utérus.

Frappé de la présence des fèces, RABOUAM chercha l'ouverture par laquelle elles s'étaient épanchées. Il trouva à la partie inférieure de l'S romaine du côlon une ouverture grande comme deux francs, aux bords irréguliers, amincis. La face extérieure de cette portion du côlon était tapissée de la matière albumineuse sus-décrite.

A l'intérieur de cette portion intestinale, on voyait deux petits orifices arrondis, communiquant avec deux petits foyers correspondants et creusés au milieu de cette matière albumineuse. Muqueuse du rectum et du gros intestin était rouge, boursoufflée; celle de l'intestin grêle et de l'estomac blanche. La fin de l'iléon était rétrécie de sorte qu'un stylet ordinaire la traversait avec peine.

Obs. 3. — BOYER : (*Traité des maladies chirurgicales*, 1826, t. IX, p. 55.)

Un homme adonné dès sa jeunesse à la boisson, sujet à des maux d'estomac et à la jaunisse, mourut à l'âge de 60 ans. Depuis plusieurs années il rendait des matières fécales avec les urines; six semaines avant sa mort, il n'en était passé aucune par l'anus; toutes étaient sorties par l'urètre.

M. GARLICH, chirurgien à Malborough, fit l'ouverture de l'abdomen. Il trouva l'épiploon endurci, épaissi et rempli d'humeur gélatineuse; les intestins adhéraient au péritoine en différents endroits; sur le diaphragme et sur le foie plusieurs kystes qui contenaient une humeur lymphatique. La partie supérieure de la vessie, la fin du côlon et le péritoine formaient une masse de parties unies et adhérentes entre elles.

La vessie ouverte, on voit à sa partie supérieure une large ouverture qui communiquait dans le côlon, vers l'endroit où cet intestin se continue avec le rectum. Les parois du côlon et de la vessie étaient très épaissies et cet intestin se trouvait fort rétréci au-dessous de cette ouverture. La communication des deux viscères fit connaître pourquoi les matières fécales ne sortaient point par l'anus; le rétrécissement de la partie inférieure du côlon rendait leur passage plus facile par le trou de la vessie que par le rectum. Les autres parties de la vessie, l'urètre et le rectum étaient dans l'état le plus sain.

Obs. 4. — SALMON : (*Lancet*, 1831-32, t. I, p. 881).

Femme de 59 ans; souffre continuellement au niveau de l'ombilic, diarrhée continue jusqu'à dix selles par jour), elle remarque que son urine contient des matières fécales. Traitée par l'opium, la douleur et l'insomnie s'atténuent, mais le mal fait de tels progrès que la malade meurt cinq mois après le début des accidents.

Autopsie : Péritoine du côlon et de la vessie très épaissi et adhérent fortement, de couleur verdâtre. Rectum sain, utérus normal présentant seulement un petit polype verruqueux; urètre dilaté et enflammé; le bas-fond de la vessie a disparu, reste de l'organe légèrement enflammé. Immédiatement au-dessus de l'S iliaque, le côlon est distendu par des matières fécales; quant à l'anse sigmoïde elle était rétrécie au point de ne pas laisser passer le petit doigt; elle adhérait fortement à la vessie, à laquelle

elle était reliée par des brides péritonéales; le côlon était ulcéré et communiquait ainsi avec la vessie dont le bas-fond n'existait plus. L'aspect était tel que l'auteur croit que la perforation est due à une inflammation aiguë, et non à une affection chronique.

Les viscères étaient normaux.

Obs. 5. — MERCIER : (*Gaz. Méd.*, 1836, p. 259).

J., 76 ans, rétention d'urine il y a 10 ans, qui dura quelques jours. Depuis même accident à 2 ou 3 reprises. Depuis 3 ans bonne santé; il entre en mai 1834 à Bicêtre avec une fièvre intense et une rétention complète avec envies fréquentes; cependant le sondage facile toutes les 3 heures. Les urines sont rouges, contiennent de petits caillots. Le 12 juin douleur à la fosse iliaque gauche, puis survient vers l'anneau inguinal de ce côté une petite tumeur dure et douloureuse qui devient rouge et qu'on incise. Il s'écoule un pus verdâtre, d'odeur fétide avec gaz. Le malade décline. Il rend par l'anus un liquide verdâtre avec odeur très forte, la veille de sa mort.

Autopsie : La portion supérieure de l'S iliaque adhère à la paroi postérieure de la vessie. Ces adhérences rompues on trouve un foyer s'étendant transversalement depuis l'ouraque jusqu'à l'artère ombilicale gauche. Ce foyer contient un pus jaune verdâtre, fétide et communique avec l'S iliaque qui présentait une ulcération de 7 lignes de diamètre (16 mm.). Cette ulcération intéressait les 2 tuniques externes; il ne restait plus au fond que la muqueuse qui présentait une ouverture de 2 lignes.

Une sonde introduite dans la vessie donne aussi l'écoulement à du pus; au moyen d'une légère pression sur la vessie, on fait sortir de ce même liquide par une petite ouverture d'une ligne et demi de diamètre, située à un pouce du sommet de la vessie sur la face latérale. La muqueuse vésicale est de couleur ardoisée. Au niveau de la fistule la paroi est percée comme à l'emporte-pièce; non loin de là étaient d'autres trous qui se terminaient en cul-de-sac tapissé par la muqueuse. Enfin il existait une communication entre le foyer et l'abcès de l'aine par un trajet qui suivait le cordon.

Obs. 6. — TAVIGNOT : (*Expérience*, 1842, p. 321).

Malade de 65 ans; dysenterie à 16 ans. Hémorroïdes. Depuis 18 mois, constipation, amaigrissement. Depuis 15 jours le pa-

tient est obligé de presser sur l'hypogastre pour uriner. Au toucher tumeur rectale à 6 ou 7 cm. au-dessus de l'anus.

Le 4 août, eschare brunâtre autour du méat urinaire avec tuméfaction œdémateuse du prépuce; depuis 2 ou 3 jours bouillie noirâtre avec les urines; par l'urètre, gaz tantôt inodores, tantôt fétides. Les gaz passent quand il urine en allant à la selle. Le 8 août il se détache de l'urètre une eschare de 4 à 5 pouces. Mort.

Autopsie : Cancer de l'S iliaque avec perforation de 3 cm. sur la vessie, perforation de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes. Cancer du rectum. Un peu de rougeur de la muqueuse au bas-fond de la vessie.

Obs. 7. — W. ADAMS : (*Lancet*, 1855, t. I, p. 343). — *Communication entre la vessie, l'S iliaque et l'iléon.*

La malade, âgée de 54 ans, vint sous l'observation d'Adams au mois de janvier. Elle se portait toujours bien, jusqu'à ce que, il y a huit ans, elle commença à souffrir de la dyspepsie et de malaise général. Dans la dernière année elle maigrit beaucoup. Son intestin fonctionnait bien et les selles étaient toujours plus ou moins liquides. Son état ne changea pas jusqu'au 10 février. Ce jour-ci, l'urine devint soudain épaisse et très fétide, une matière visqueuse mélangée avec des particules nécrosées et blanchâtres se dépose au fond. L'air passait aussi par l'urètre avec un sifflement marqué. La malade n'éprouvait aucune souffrance, mais dépérissait graduellement et s'éteignit le vingt.

Autopsie : Corps très amaigri, vessie adhérait par son fond à l'iléon en avant, au côlon en arrière. La paroi antérieure de l'iléon et la paroi postérieure du côlon circonscrivaient, la première en avant, la seconde en arrière, une cavité du volume d'une orange qui communiquait avec la vessie par un orifice admettant 2 doigts. Aux parois supérieures et internes de la cavité il y avait les orifices du côlon entourés d'un morceau libre mais irrégulier de la muqueuse. L'orifice inférieur était très étroit et admettait avec difficulté le bout du doigt. Sous la muqueuse de l'iléon, dans la paroi antérieure de la cavité, il y avait une masse néoplasique grosse comme la moitié d'une noix. Dans la partie postérieure se trouvaient 3 masses pareil-

les et indurées; parmi elles la paroi intestinale était très envahie par le néoplasme.

Au microscope il y avait dans ces masses :

1° Beaucoup de cellules sphériques possédant des noyaux, quelques cellules étaient coudées.

2° Fibres.

3° Substance granuleuse grasse.

Obs. 8. — MALCOLM : (*Dublin, Hosp. Gar.*, 1856, p. 94).

Cystite pendant 3 ans. Gaz par l'urètre presque à chaque miction. Mort.

Autopsie : La muqueuse de la vessie présentait plusieurs points ulcérés, communication entre la vessie et la flexure sigmoïde. Du côté intestinal, large ouverture avec des bords fongueux. Fistule valvulaire du côté vésical et qui empêchait le passage de l'urine dans l'intestin.

Tuberculose pulmonaire double avec cavernes.

Obs. 9. — SYDNEY JONES : (*Path. Soc. Trans.*, Londres, 1858, t. X, p. 131.)

Homme 64 ans. Fèces dans l'urine depuis un an; la diarrhée augmente leur quantité. Vent par l'urètre.

Fréquentes difficultés dans la miction par suite des matières s'arrêtant dans l'urètre. Mort d'infiltration d'urine.

Autopsie : La flexure sigmoïde était stricturée sur une longueur de 3 pouces. La muqueuse plissée offrait des diverticules dont l'un était ulcéré.

Dans la vessie, calcul de la grosseur d'une fève ordinaire, fermé de matières fécales recouvertes des phosphates.

Obs. 10. — TüNGEL : (*Archives für Klin. chirurgie*, 1861, vol. I, p. 334.)

Résumé. — Homme de 56 ans, gros mangeur, perd l'appétit et devient de plus en plus constipé. En hiver 1853, écoulement du pus par le rectum, dysurie, pneumaturie, fécalurie.

Examen : malade maigre, mauvais état général.

Ventre très distendu. La pression de la région vésicale est douloureuse.

T.R. Rectum peu mobile, prostate gonflée, sensible.

Injection d'eau dans la vessie, cette eau sort par le rectum.

Le diagnostic n'était pas difficile. Le siège de la fistule

devait être au fond vésical, vu que le doigt ne pouvait en atteindre l'orifice rectal, et que jamais l'urine ne sortit par l'anus. Cause : j'admis le rétrécissement au point où la flexure iliaque se transforme en rectum. Il fallait donc empêcher le passage des fèces dans la vessie.

Opération du 26 mars 1864 : un anus artificiel.

Le soir, son état ancien (fièvre, soif, etc.) revint. De l'anus artificiel ne sortait rien. Le malade refuse les injections dans l'anus artificiel.

Les urines fétides et foncées ne contenaient de matières fécales que le 3^e jour. Le 4^e et le 5^e jour, une suppuration de la plaie se joint aux symptômes précités. Mourut le 13 avril.

Autopsie : Pas de liquide dans l'abdomen. Au milieu du côlon descendant, l'intestin est rétracté en arrière. Au-dessus de l'anus artificiel un peu de fèces solides. Au-dessous le côlon contracté contenait encore des fèces solides.

La flexure sigmoïde adhérente à la vessie et à une portion de l'iléon; là se trouvait une cavité formée par une péritonite enkystée et avec laquelle communiquait aussi bien la flexure sigmoïde que la vessie. Les orifices fistuleux étaient petits. La fistule était donc indirecte, produite seulement par l'intermédiaire de l'anus péritonéal. La prostate gonflée présentait plusieurs foyers purulents. La muqueuse sigmoïde et rectale était normale, même dans la proximité de la fistule.

Obs. 11. — T. HOLMES : (*Médico-chirur. Trans.* 1866, t. XLIX, p. 74.)

Homme 51 ans. Début par crise d'obstruction intestinale, vents et fèces par l'urètre. Urine par l'anus.

Après colotomie, urine claire et amélioration générale.

Autopsie : Cæcum et flexure sigmoïde unis à la vessie. La cause était des ulcérations intestinales.

Obs. 12. — ROOT : (*Bost. méd. and surg. journ.*, 1867-68, p. 14.)

Mictions douloureuses, gaz vésicaux, débris alimentaires par l'urètre. Douleurs très vives.

Suture par le rectum de points qu'on croit être des orifices fistulaires.

Suicide 26 ans après.

Autopsie : Adhérences colo-vésicales.

Communication au centre de ces adhérences, orifice de la grosseur d'une plume d'oie. Vessie contractée, muqueuse épaissie.

Obs. 13. — MAUNDER : (*Médical times and Gaz.*, 1869, t. I, p. 211.)

Homme 59 ans. Diarrhée depuis quelques mois. Emaciation, douleurs intolérables, surtout pendant la miction.

Colotomie : soulagement. Mort 6 semaines après la colotomie.

Autopsie : Ulcération simple faisant communiquer la flexure sigmoïde et la vessie.

Obs. 14. — CHOPART : (*Traitement des maladies des voies urinaires*, 1870.)

60 ans. Pendant 6 semaines qui précédèrent la mort, le patient perdit par l'urètre toutes ses matières fécales.

Autopsie : La partie supérieure de la vessie, la fin du côlon et le péritoine forment une masse. A la partie supérieure de la vessie épaissement de la paroi; en ce point large ouverture faisant communiquer la vessie avec le côlon qui était très rétréci en dessous.

Obs. 15. — RICHARDSON : (*Dublin, J. Méd. Sc.*, 1873, p. 1.)

Homme 76 ans, souffrait depuis 13 ans de constipation résultant de quelque rétrécissement du côlon descendant.

En août 1871, tumeur molle au-dessus du bord du pubis; par le rectum on crut sentir la partie la plus basse de la tumeur. En septembre, miction fréquente et difficile nécessitant souvent le cathétérisme.

Un peu plus tard, vent par l'urètre.

On trouve dans l'urine des fibres musculaires non digérées, du sarcolemme, des grains d'amidon.

En octobre et en novembre, beaucoup de fèces dans l'urine.

Mort quelques jours plus tard.

Autopsie : Masse cancéreuse sur la flexure sigmoïdienne adhérente à la partie supérieure de la vessie.

Etroit canal allant de l'intestin à la vessie à travers la masse adhérente.

Obs. 16. — PUTÉGNAT : (*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1876, p. 467.)

Résumé : M. D., 58 ans, ancien rhumatisant, mère morte du cancer.

En octobre 1874, se plaint de forte constipation, 6 à 10 jours sans selles et au bout de ce temps, après deux heures de coliques douloureuses, une évacuation abondante, fétide, liquide.

Fin février 1875 me consulte : teint pâle, jaunâtre; la palpation abdominale et le toucher rectal ne donnent aucun renseignement. Les selles présentent des stries sanguinolentes.

Le 29 mars, crise d'occlusion intestinale jusqu'au 14 mai, crise cesse au bout de ce temps par l'ingestion de 2 mg. de strychnine. Pendant 10 jours tous les 2 jours évacuation fétide, liquide, l'amaigrissement et la pâleur augmentent. Le 29 mai se réveille d'une douleur présentant les signes d'une péritonite. Le lendemain, miction abondante, urines troubles, foncées, d'odeur fécaloïde. Gaz fétide par l'urètre. Huit jours plus tard avec beaucoup de douleurs rend deux os longs de grenouille par l'urètre. Mort le 22 juin.

Autopsie : Le côlon présente 3 énormes saillies, séparées par des sillons profonds. L'S iliaque fait sourdre au niveau du fond de la vessie un liquide jaunâtre horriblement fétide. Cette anse très adhérente à la vessie, montre, après la dissection, la communication des deux organes.

Obs. 17. — BRUCHET : (*Bulletin de la Sté anatom.*, 1877, p. 544.)

Résumé : M. X., 67 ans, entre le 6 août 1877 à la maison de santé.

Antécédents : Calculs biliaires, bronchite il y a 7 ans. Bonne santé depuis. 16 juillet 1877, picotements en urinant, 2 jours après un peu de sang dans les urines; 3 jours plus tard urines mêlées avec des matières fécales. Aucune douleur abdominale ni pelvienne antérieure; pas de constipation. En même temps passage des gaz par l'urètre. Mictions fréquentes, douloureuses. Douleurs plus intenses quand il y a expulsion de matières fécales par les urines; elles sont beaucoup moindres quand elles n'apparaissent pas dans l'urine. Il y a quelque temps une légère quantité de sang est apparue dans les selles normales.

L'état général est bien conservé, exploration de la vessie ne donne pas de renseignements. Le toucher rectal est négatif. Une injection poussée dans la vessie est entièrement rendue par la sonde, rien ne passe par l'anus. Aucune tumeur hypogastrique à la palpation; état stationnaire pendant 2 mois.

Le 15 octobre il ne peut rien manger. Les douleurs vives. Les selles liquides, vomissement, affaiblissement notable.

Le 25 octobre, les symptômes se sont aggravés rapidement; il succombe dans un grand affaiblissement.

Autopsie : L'S iliaque délabré et appliqué sur le sommet de

la vessie, forme une masse fortement résistante paraissant confondue avec le réservoir urinaire; le péritoine passe de l'une à l'autre en les réunissant.

Entre la vessie petite et ratatinée et l'S iliaque, existe une poche limitée de toutes parts par des fausses membranes, poche de grosseur d'une noix. A ce niveau, la paroi gauche de la vessie est le siège de 2 petites perforations. La portion de l'S iliaque en rapport avec la poche est de consistance solide, couverte de gros appendices épiploïques. L'intestin ouvert : plusieurs ulcérations rétrécies au niveau de la masse où on découvre 2 perforations cachées dans les plis de la muqueuse.

Obs. 18. — *Fort Pitt Museum 1885* (reproduite par CHAVANNAZ, note n° 42).

Autopsie : Forte cavité d'abcès en contact avec le sommet et la face postérieure de la vessie et communiquant avec la vessie par deux ouvertures situées sur le côté interne de l'uretère droit. La flexure sigmoïde adhérait au sac et communiquait avec lui par une large ouverture irrégulière.

Un petit morceau d'os dans la cavité de l'abcès.

Obs. 19. — COULSON (cité par CHAVANNAZ).

Pendant un an, douleurs abdominales, gaz et matières dans les urines. Mort.

Autopsie : Communication entre le bas-fond de la vessie et le côlon, juste au-dessus d'un rétrécissement de l'S iliaque.

Obs. 20. — CZERNY (res. in CHAVANNAZ, n° 82).

Homme de 48 ans. Janvier 1887, phénomènes fébriles, avec gaz et fèces par l'urètre. Fréquence de miction. Diagnostic : carcinome de la flexure sigmoïde avec perforation vésicale.

Laparotomie médiane le 9 mai : adhérence sigmoïdo-vésicale : perforation de la grosseur d'une plume d'oie sur ces deux organes. Suture des orifices. Drainage.

28 juillet : colotomie avec fermeture du bout inférieur et suture du bout supérieur à la paroi. Mort le 8 août.

Autopsie : Reins gros. A gauche de la vessie, cavité pleine de pus. Anses grêles réunies par de vieilles adhérences. Ouverture à 26 cm. de l'anus; sur la vessie à 30 cm. à gauche de la ligne médiane et à 7 cm. au-dessus du repli péritonéal.

Obs. 21. — Ch.-P. NOBLE : (*Medical and. surg. reporter Philadelphie*, 1889, t. LX, p. 77-78.)

Une nouvelle méthode de diagnostic dans les cas obscurs de fistule entéro-vésicale.

Je fus récemment appelé par le Dr WILSON, pour que je visse une de ses malades, qu'il supposait atteinte d'une fistule. C'était une femme qui avait eu, il y a 5 ans, un abcès ischio-rectal. Quelque temps après cet abcès, elle dit avoir commencé à émettre par l'urètre des gaz et petites particules de matière fécale.

Il n'y avait pas de symptômes d'irritation vésicale. Nous trouvâmes dans le vagin une large cicatrice due à une ulcération provoquée par le port d'un pessaire. Ne pouvant pas nous baser sur l'opinion de la malade, nous l'endormîmes et cherchâmes des communications entre le vagin et le rectum, car, vu le manque d'irritation vésicale, nous avions exclu une communication intestino-vésicale. Mais aucune trace de communication du vagin et du rectum ne fut trouvée. Alors, je conseillai au Dr WILSON de se servir du gaz hydrogène comme décelant. Le lendemain le Dr WILSON injecte en effet de l'hydrogène dans le rectum, approche une allumette au bout d'un cathéter introduit dans la vessie. Je ne pouvais pas assister à l'expérience, mais le Dr WILSON dit que, sans avoir entendu un gargouillement (qu'aurait causé le gaz s'il avait forcé la valvule iléo-cæcale) il vit au bout du cathéter une flamme produite par l'hydrogène venant du rectum. Le défaut de gargouillement lui a fait présumer chez sa malade plutôt une fistule entre la vessie et le gros intestin, qu'entre la vessie et l'intestin grêle.

Je recommande à mes collègues cette nouvelle méthode de diagnostic.

Obs. 22. — FRANCIS HEUSTON : (*Brit. med. jou.*, 1894, p. 405).

Homme 35 ans, en janvier 1891, douleurs; mictions fréquentes; il crut avoir des matières fécales dans ses urines. Après une selle liquide par purgation, les matières passèrent dans l'urine. Urine acide avec faible dépôt de phosphates et mucus.

Du lait injecté dans la vessie ne repassait pas dans l'intestin. Quelques minutes après injection de salicylate de soude dans le rectum, on trouva ce sel dans l'urine. Une injection intra-vésicale de salicylate de soude ne passait pas dans l'intestin. Gaz et matières fécales dans les urines.

Laparotomie : Vessie adhérente à la courbure sigmoïde du

côlon. Cette adhérence fut facilement détachée par la vessie, perforation de la grosseur d'un pois, avivement double plan de suture.

Résection de 3 pouces d'intestin et réunion des 2 bouts par la suture de Czernet-Lembert.

Mort dans le collapsus le 4^e jour après la laparotomie.

Autopsie : Pas de péritonite, les sutures avaient bien tenu. L'examen histologique a montré un épithélioma.

Obs. 23. — PÉRON : (*Soc. Anat. de Paris*, 1894, p. 557).

Résumé : Homme 36 ans. En 1893, on tente une opération, une laparotomie qui reste simplement exploratrice. En janvier 1894, fistule vésico-intestinale. Depuis le mois d'avril jusqu'à sa mort (11 juillet) le malade n'a rien rendu par l'anus si ce n'est que quelques gaz. Souffrances atroces, urine sanguinolente, boueuse, mort de cachexie.

Autopsie : Cancer de l'S iliaque, au-dessus, cloaque fermé en haut par des anses agglutinées et des fausses membranes épaissies. Les bourgeons cancéreux pénétraient du dehors en dedans plusieurs anses du jéjunum. L'une d'elles était ulcérée et versait son contenu dans la poche où venait s'ouvrir aussi la vessie. La muqueuse vésicale est enflammée chroniquement (épaississement, érosions, ulcérations). Les orifices des uretères sains; l'uretère et le bassinnet droit distendus et enflammés. La rein sain. L'uretère gauche est enserré vers son tiers moyen par la tumeur cancéreuse; au dessus le conduit est dilaté ainsi que le bassinnet. Dans le rein gauche, partie inférieure, 2 à 3 petits abcès en voie de formation. Autres organes, rien, sauf un petit foyer de broncho-pneumonie tuberculeuse dans le poumon.

Obs. 24. — TERRIER : (cité in Quenu et Hartmann, *Chirurgie du rectum*, p. 235.)

Le professeur TERRIER, en 1895, dans un cas de fistule intestino-vésicale consécutive à l'ouverture d'un foyer suppuré dans l'S iliaque et la vessie, put, par la laparotomie, aborder la poche intermédiaire du volume d'une noix. Aucun orifice ne fut suturé, un drain fut simplement placé entre la vessie et l'intestin. Immédiatement le passage des matières dans la vessie cessa et quelques jours plus tard la fistule stercorale extérieure se ferma spontanément à son tour.

Obs. 25. — SCHWARTZ (cité par Pascal).

Léon Marg..., 28 ans, entre le 20 janvier 1892 dans le service du Dr Schwartz, à Cochin.

Elle n'a eu ni enfants, ni fausse couches. En 1888, la malade a senti brusquement de vives douleurs dans le ventre, à gauche; elle est restée alitée pendant 6 mois. En juillet 1888, elle fut opérée à Beaujon par MM. LABBÉ et SCHWARTZ pour une affection de l'ovaire gauche qui ne put être enlevé par la laparotomie; six mois après, à la suite d'une toux violente et prolongée, une éventration s'est formée en deux orifices juxtaposés d'une longueur totale de 5 centimètres.

Le soulagement, après l'opération, dura deux ans. Les règles étaient très espacées (2 mois) et très courtes.

En octobre 1891, les douleurs reparurent, et peu après elle rendit des gaz et des matières par l'urètre, mais n'entre à Cochin pour se faire opérer qu'en janvier 1892.

Au toucher on trouve un utérus immobilisé, les culs-de-sac droit et gauche occupés par une masse dure volumineuse, plus grosse à droite qu'à gauche. L'opération est pratiquée, le 26 janvier, par MM. SECOND et SCHWARTZ qui font une hystérectomie vaginale par morcellement très difficile à cause de la fixité de l'utérus, lequel est d'ailleurs considérablement augmenté à droite par une masse dure, peut-être un fibrome, qui est enlevée avec lui. Les annexes adhérentes à la paroi sont laissées en place.

Les jours suivants, le tampon iodoformé est imbibé d'un liquide noir à odeur fécaloïde, mais on ne trouve pas dans le pansement de matières fécales.

5 février. La malade a eu une selle par l'anus. rien n'a passé par le vagin. Les urines qui contenaient jusqu'alors un dépôt purulent assez abondant commencent à s'éclaircir; on fait des lavages boriqués vésicaux.

Le 10. La malade ne perd que très peu de matières par le vagin. Les urines contiennent à nouveau un dépôt très abondant. La malade se plaint de tousser beaucoup, ses sommets sont suspects.

5 mars. Exeat : il ne passe plus de matières par le vagin : quelques gaz suivent cette voie, au dire de la malade.

La malade revient consulter le Dr Schwartz le 19 février 1896 et entre à Cochin. Elle raconte qu'à la suite de l'opération du

26 janvier 1892 (kyste vaginal) elle a éprouvé une certaine amélioration pendant deux ans.

Les douleurs abdominales ont reparu, elle les attribue à des excoriations de la face interne des cuisses. Les matières fécales sortent par le vagin lorsqu'elle a de la diarrhée. De plus quand elle marche beaucoup, elle rejette des matières fécales et des gaz par son urètre. Elle présente d'ailleurs toujours l'événtration signalée plus haut.

Opération 14 mars 1896. — Laparotomie : on trouve une communication entre la vessie et l'S iliaque, on fait la cystostomie, mais il est impossible de la suturer, étant donnée la profondeur à laquelle les lésions se trouvent. On enlève un petit kyste de l'ovaire droit; on fait la cure de l'événtration.

Les jours suivants, un peu d'hypothermie. La malade demande à sortir le 16 avril. L'événtration n'existe plus, mais la malade expulse toujours des gaz en urinant, l'urine contient du pus. Mais elle revient le 4 mai; on l'examine sous le chloroforme. Une sonde est introduite dans la fistule vaginale. Le bec se tourne un peu à gauche et disparaît au milieu d'une masse; mais il est absolument impossible de deviner sa présence par le palper abdominal. Le toucher rectal révèle un rétrécissement siégeant à 4 ou 5 centimètres de l'anus, adhérent à la masse.

Opération : Laparotomie qui montre encore une fois que la communication existe entre la vessie et le gros intestin. Il existe de nombreuses adhérences; on fait un anus iliaque en deux temps par le procédé de la baguette de verre. L'anus artificiel fonctionne bien. Les urines deviennent plus claires, quoiqu'il y ait encore au fond du bocal 1 centimètre de pus, cependant, ni les matières ni les gaz ne passent plus par la vessie.

Toutefois la malade se plaint de souffrir de la vessie et de l'urètre quand elle urine. Elle prétend que ses urines contiennent des filets de sang. On fait des lavages de vessie. Toutefois l'état général n'étant pas très mauvais, la malade demande à sortir le 4 août. Une fois encore elle revient à l'hôpital pour se faire laver la vessie en 1897. Elle présente les signes de néphrite ascendante. Elle demande son exeat le 11 septembre 1897 et meurt chez elle 3 jours après sa sortie de l'hôpital.

Obs. 26. — TUFFIER et DUMONT : (*Revue Gyné.*, 1898, p. 442).

Femme 52 ans. Aucune maladie antérieure. Cinq grossesses normales dans leurs suites. En avril 1897, sans motifs apparents,

vives douleurs abdominales avec pollakiurie. Au bout d'un mois, elles deviennent plus vives, se localisent au-dessus du pubis et s'exaspèrent pendant la miction et la défécation; signés de réactions péritonéales passagers; enfin apparaissent dans les urines des particules de matières fécales très odorantes. La malade vient voir M. TUFFIER. Les urines troubles, avec dépôts abondants gris ou vert, l'odeur fécaloïde; pas de gaz par l'urètre, mais probablement urine par le rectum.

A l'examen on palpe au-dessus du pubis un empâtement assez dur; pas de cystoscopie. En août 1897, opération pratiquée par un jeune chirurgien remplaçant le Dr TUFFIER.

Laparotomie : Adhérences remplissant le petit bassin et la fosse iliaque gauche. La moitié supérieure de l'S iliaque et la vessie sont envahies par un néoplasme de la grosseur du poing, assez limité. Résection, on reconstitue la vessie au catgut ne pouvant anastomoser ce qui reste de l'S iliaque et le rectum, l'opérateur décide d'anastomoser le cæcum au rectum. Malheureusement, au milieu des adhérences l'S est unie dans son segment inférieur au cæcum et le rectum est suturé en cul-de-sac au lieu et place de l'S iliaque. Il en résulte un *circulus vitiosus*, rendant la vie impossible. En effet, devant l'occlusion intestinale complète on crée au bout de 48 heures un anus inguinal gauche, mais la malade succombe 12 heures après.

L'autopsie permet de vérifier l'erreur opératoire. L'examen histologique montre qu'on avait affaire à un cancer de l'S iliaque.

Obs. 27. — GENOUVILLE (cité par Pascal).

Le nommé L... L..., 61 ans, serrurier, entré le 7 octobre 1897, salle Velpeau, décédé le 30 octobre de la même année.

Le malade entre le 7 octobre à Necker, pour des troubles urinaires durant depuis deux ans et consistant en rétention incomplète d'urine avec phénomènes d'infection chronique. Les urines sont entièrement troubles, fécaloïdes. Les signes généraux étant peu accentués, le Dr Guyon le fait traiter uniquement par les lavages boriqués de la vessie, trois fois par jour. Subitement, le 27 octobre, le malade est pris de fièvre avec frissons. La langue est sèche, en un mot il présente tous les phénomènes de l'infection urinaire grave. Le 29, veille de la mort, le docteur Genouville fait une cystostomie « *in extremis* ». Le flot d'urine qui sortait était infect, ressemblant à une véritable purée de pois avec des matières fécaloïdes.

L'opération avec le minimum d'anesthésie chloroformique ne présenta aucune difficulté. L'incision fut faite couche par couche, on ne mit pas le ballon de Petersen; on fit le drainage avec les tubes Guyon-Périer. Le malade succomba la nuit suivante.

On avait diagnostiqué cancer ou abcès. On pensait que la fistule siégeait sur l'S iliaque, d'après la rapidité avec laquelle les lavages vésicaux revenaient par le rectum.

Autopsie le 1^{er} novembre 1897.

Urètre : Rien d'anormal à l'œil nu dans l'urètre antérieur, mais dans l'urètre postérieur il existe un orifice large comme une pièce de vingt sous qui communique avec une poche péri-prostatique pleine de pus.

La prostate est normale.

La vessie spacieuse, à paroi assez mince, présente une muqueuse d'une couleur gris verdâtre, qui offre par places des infiltrations sanguines assez notables.

A la face postérieure, vers le sommet, on voit trois orifices communiquant avec le gros intestin; on ne sent aucune induration au niveau de ces perforations vésicales. Ces trois orifices vésicaux communiquent avec le gros intestin par un orifice unique.

L'S iliaque est adhérente par une large surface; elle est coudée en ce point, ce qui rétrécit son calibre. Aucune trace de néoplasme intestinal.

Les uretères sont normaux. Les reins ne présentent rien d'anormal macroscopiquement, sauf une diminution de volume qui est plus accentuée du côté gauche.

Aux poumons congestion des bases; foie et rate normaux.

Obs. 28. — KELLY et CALLUM : (*J. of the Am. M. Ass.*, 1898, t. II, p. 375-381.)

M^{me} C. A., 60 ans, vint en se plaignant du passage des gaz et des fèces à travers la vessie.

En février 1896 commença à souffrir dans le bas-ventre, l'urine était épaisse avec sédiment brun et très fétide pendant les 2 premiers mois. Les gaz ont apparu dans les urines au mois de juin. En juillet, étant très constipée, a pris un purgatif, toutes les fèces passèrent par la vessie, ensuite, les symptômes s'apaisèrent un peu. Au mois d'octobre, elle subit une opération pour un abcès sus-urétral. Le passage des fèces cessa pen-

dant quelques mois. Au mois d'avril 1897 une grande partie des fèces et des gaz passèrent avec l'urine. En janvier 1898, les symptômes devinrent graves. Une pollakiurie s'y surajouta, toutefois sans dysurie. L'urine donnait un sédiment brunâtre, contenant des particules de muscles striés, des débris végétaux, un bout d'un tricocéphale dispar, du pus et des cylindres granulés et hyalins. Les cultures y révélèrent la présence de bactéries intestinales, en outre, il y avait dans l'urine de l'albumine et un peu d'indican.

Sous-nitrate de bismuth pris par la bouche apparut dans l'urine. Injection de bleu par le rectum colora l'urine en bleu.

Cystoscopie : un spéculum n° 11 introduit dans la vessie eut à franchir 6 cm. de l'orifice urétral interne à la paroi vésicale postérieure. A l'hémisphère postérieur la vascularosité des capillaires devint de plus en plus marquée en allant vers la base de la vessie; cette dernière était d'un rose uniforme.

Dépôts irréguliers de pus au-dessus de la base vésicale qui est profondément injectée. Un spéculum n° 13 est introduit, puis je retire un calcul. Dans l'hémisphère postérieur et à gauche de la ligne médiane, il y a une espèce de poche avec l'axe dirigé en haut et en arrière. Les bords en étaient injectés sur une étendue de 3-5 mm.; mais au-dessous d'eux le tissu avoisinant était relativement normal.

Urètre droit profondément injecté autour de l'orifice et surtout dans la ligne médiane; l'urètre gauche déplacé vers la gauche. Autour de l'orifice urétral droit il y a un dépôt membraneux presque blanc contenant des bacilles courts et des cellules de pus.

Muqueuse rectale normale.

A l'opération, on trouve que la flexure sigmoïde du colon adhère au sommet de la vessie du côté gauche. Cette adhérence était traversée d'une fistule, du diamètre de 2 cm. On dissèque soigneusement les 2 organes, protégeant la cavité péritonéale avec la gaze. L'orifice vésical de la fistule fut réuni moyennant sutures interrompues de catgut et allant dans la direction de haut en bas et à gauche sur l'étendue de 4 cm.

Ensuite, le tissu fibreux épais au rectum fut séparé de celui-ci, la muqueuse qui bordait la fistule fut enlevée aussi et on forma ainsi un orifice dans l'intestin, long à peu près de 2 cm. Cet orifice fut fermé avec des sutures en soie. Vinrent

ensuite : irrigation saline de la cavité péritonéale, fermeture de l'abdomen et drainage. La vessie fut drainée par une sonde à demeure et lavée de temps en temps.

La malade guérit totalement. L'urine devint claire tout à coup et le passage de gaz cessa immédiatement.

Depuis ce temps, guérison ininterrompue.

Obs. 29. — TUFFIER (cité par Pascal).

M. D., alcoolique syphilitique, est un malade que j'avais opéré d'un rétrécissement de l'urètre, environ un an auparavant.

20 juillet 1895, la présence d'une fistule vésico-intestinale était manifeste (les matières passaient par la vessie), amaigrissement progressif. Le 19 juillet le malade subit une 2^e intervention pour une fistule anale et des hémorroïdes.

Le 29 juillet, je pratique la taille hypogastrique, je trouve bien une induration sur la face postéro-supérieure de la vessie; mais il m'est matériellement impossible de découvrir l'origine de la fistule.

Le 4 octobre, nouvelle intervention sans résultat bien marqué.

Cependant il y eut des périodes de 6 à 15 jours, pendant lesquelles il ne passa par la vessie aucune matière stercorale. Il est vrai que ces périodes coïncidaient avec une constipation complète.

La fistule persistant et le malade menaçant de se suicider si les accidents continuaient, après avoir pris l'avis de M. TERRIER, je me décide à une 3^e intervention par la laparotomie (16 décembre). Les douleurs intestinales étaient extrêmement vives et les matières intestinales du volume d'un haricot et très dures passaient par la vessie, provoquant parfois des rétentions d'urine.

L'opération fut faite avec l'aide de M. TERRIER.

Nous trouvons l'anse oméga adhérente à la paroi postéro-supérieure de la vessie par un véritable tissu gommeux, n'ayant nullement la consistance, la vascularisation, ni l'adhérence d'un tissu néoplasique. La libération de l'anse effectuée, j'ai suturé très facilement la perforation intestinale. M. TERRIER me conseille de laisser la perforation vésicale non suturée. Malheureusement, au moment de fermer l'abdomen, un écarteur, appuyé sur la

vessie fait sourdre à travers la perforation un flot de liquide infecté.

On fait le drainage sus-vésical, on met une sonde à demeure. Le malade succombe à une péritonite suraiguë dans les 48 heures.

Obs. 30. — TESSON (cité par Pascal).

Communication de la vessie et du côlon pelvien chez une femme; consécutive à une ablation double d'annexes suppurées.

Marie R..., 33 ans, vient à la consultation en avril 1895 pour des phénomènes anciens de cystite rebelle; depuis l'ablation bilatérale des annexes suppurées il y a deux ans et demi. ALBARRAN reconnut l'existence d'un calcul vésical, il pratiqua la lithotritie le 6 juin. L'opération assez difficile, car la pierre était collée, immobilisée sur la paroi droite de la vessie; détail particulier, qui éclaire la pathogénie de ce calcul : le lithotriteur amène deux anses de fil de soie.

Après cette intervention, l'état s'améliora, la malade quitta l'hôpital le 18 juin.

En 1897 et 1898, revint quelques fois pour des douleurs dans le bas-ventre; en juillet 1898, elle constatait l'issue de gaz à odeur intestinale par le méat au moment de la miction.

En mars 1899, quelques vomissements et diarrhée l'obligent à garder le lit. Dans la nuit du 13 juillet elle fut prise brusquement d'une très vive douleur au siège hypogastrique et pelvien. Calmée le matin après une débâcle diarrhéique abondante. L'après-midi, les mêmes phénomènes (douleurs, nausées, vomissements). La malade est amenée le 16 dans le service de GUYON.

Le faciès péritonéal typique, le ventre mou, ballonné, mais très douloureux. La moindre tentative de palpation provoque une défense musculaire énergique. Depuis 2 jours, aucune émission fécale. Actuellement, vomissements porracés. Le toucher vaginal et rectal décèlent un utérus absolument enclavé, les culs-de-sac, surtout le postérieur, ont perdu toute souplesse; cette exploration est très douloureuse. Température: 37°9.

Le lendemain le même tableau, un grand lavement provoque deux selles diarrhéiques abondantes, et, fait nouveau, les urines d'aspect manifestement fécaloïde. Recueillies par le cathétérisme dans la vessie, sont indiscutablement mêlées aux matières fécales.

Le soir la température monte à 40°, les vomissements féca-

loïdes, le ventre ballonné et douloureux partout; morte le 18.

Autopsie : L'utérus, la vessie, le côlon pelvien sont unis par un noyau d'adhérences anciennes auxquelles se sont surajoutées des lésions de péritonite aiguë. La vessie ouverte on découvre au niveau de sa paroi latérale droite un orifice dans lequel s'engage une sonde cannelée qui sort d'autre part dans le côlon pelvien. Ces deux orifices sont reliés par un trajet de 2 cm. passant sur le bord droit de l'utérus et constitué par une néoformation inflammatoire solidement organisée.

La fistule s'était donc établie, préparée par la migration d'un fil de soie à travers la paroi vésicale.

Obs. 31. — SAVARIAUD (cité par Pascal) : Fistule sigmoïde vésicale avec ouverture cutanée.

Mme X..., 40 ans, présente depuis 7 ans une fistule dans la région inguinale droite, fistule qui s'est transformée en une plaie suppurante de 20 cm. de largeur, à la suite d'une opération faite il y a un an.

Actuellement, cette plaie commence un peu au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure et descend jusqu'à l'origine de la grande lèvre gauche. Les deux lèvres de la plaie sont entropionnées et leur bord libre a tendance à se souder aux parties profondes, de sorte que les deux lèvres sont distantes en certains endroits de 2 cm.

Au-dessous de ces lèvres, existent plusieurs décollements :

1° Dans la grande lèvre.

2° Par dessous l'arcade crurale, au droit du muscle psoas, ce dernier mesure 5 cm. de profondeur. Le fond de la plaie est rouge, peu bourgeonnant, mais a bon aspect. La quantité de pus secrété n'est pas très considérable pour une surface aussi grande et aussi anfractueuse. Le pansement n'ayant pas été fait depuis trois jours, ce pus est visqueux, glaireux, d'odeur fétide, mais non urineuse, ni fécaloïde. Nulle part on ne sent le squelette à nu.

Cette malade raconte que depuis qu'elle a cette fistule, il en sort des gaz intestinaux, dit-elle, quoique sans odeur caractéristique; autrefois ces gaz sortaient fréquemment; actuellement, il n'en serait plus sorti depuis trois mois. Jamais elle n'a vu, même pendant des crises de diarrhée, les matières sortir par la plaie.

La malade, dont la vie conjugale n'aurait paraît-il pas tou-

jours été exemplaire, a depuis longtemps des envies fréquentes et douloureuses d'uriner; urine contenant quelques filets de pus; cette cystite daterait depuis huit ans, donc antérieure à la fistule. La malade affirme l'issue des gaz par la vessie et elle les sent pénétrer dans la vessie; ils sortent avec bruit par l'urètre à la fin de la miction.

Il n'y a jamais eu de matières fécales dans ses urines qui sont par contre très fréquemment purulentes.

L'affection aurait débuté il y a sept ans par un abcès volumineux qui, au 67^e jour s'ouvrit spontanément à la région inguinale gauche, en plusieurs endroits, ces ouvertures en pomme d'arrosoir furent réunies par un médecin. La plaie se cicatrisa pendant deux ans.

Enfin en 1896, nouvelle fistule, si bien que l'an dernier elle subit un grattage de la plaie. Depuis ce temps, cette dernière est restée fistuleuse, sans aucune tendance à la cicatrisation. Elle entre dans cet état à Laënnec (30 août 1899).

Examen : La malade affirmant que les gaz passaient tantôt par la vessie, tantôt par la plaie, je devais chercher l'existence de la communication vésico-intestinale. J'insufflai de l'air dans le rectum avec une canule rectale adaptée à la poire du thermocautère, n'eus aucun résultat, et j'en conclus que la communication était très élevée et siégeait sur l'intestin grêle. Le lendemain, la malade ayant été purgée, l'insufflation fut recommencée avec prudence car elle était douloureuse. Une sonde ayant été introduite par l'urètre dans la vessie, contenant de l'eau boricuée. Le résultat fut parfait, car des gaz sortirent avec violence par la sonde; je crois même, et la malade aussi, qu'il sortait des gaz par la plaie inguinale. Dès lors je posais le diagnostic de fistule faisant communiquer le gros intestin, probablement l'S iliaque, avec la vessie. L'examen du rectum avait été négatif ainsi que celui du vagin. L'utérus en rétroflexion est mobile, mais on sentait à gauche dans le cul-de-sac une tuméfaction assez douloureuse qui pouvait bien être les annexes. Dès lors l'hypothèse la plus naturelle était : annexite suppurée très ancienne, après cystite blennorragique; annexite ouverte spontanément à la paroi, dans la vessie et dans l'intestin. Dès lors, l'opération logique qui s'imposait était la laparotomie, dissection de l'intestin, suture intra-péritonéale de l'intestin et de la vessie, ablation des annexes.

La malade fut préparée : purgation; quatre lavements; vagin lavé au sublimé, la vessie au nitrate d'argent 1 pour 1.000. L'opération fut pratiquée le 2 septembre 1899.

Opération : Anesthésie au chloroforme. Laparotomie sous-ombilicale, l'épiploon est adhérent à la lèvre gauche de l'incision; résection de cette adhérence; ligature avec trois catguts. Des compresses sèches isolent le petit bassin; l'utérus dévié à gauche adhère à une masse formée par l'S iliaque; sans doute les annexes gauches qui sont fusionnés avec la fosse iliaque et la paroi au niveau de la région intestinale. La dissection de l'S iliaque se fait facilement; cette anse est séparée successivement de la paroi de l'ovaire gauche qu'on enlève à ce moment, de la vessie et de l'utérus. L'orifice de la communication protégé par de solides adhérences est à peu près du diamètre d'une sonde de trousse. Suture en bourse au catgut sur les bords de la perforation, puis une rangée de points de Lembert adossant la séreuse. La vessie est alors abandonnée dans l'abdomen, à la fin on y introduira une sonde de Pezzer.

Beaucoup plus difficile est l'oblitération de l'intestin qui est perforé en trois points; une grande perte de substance, mesurant 5 à 6 cm. et deux petites du diamètre d'une pièce de cinquante centimes à un franc sont situées sur son bord libre. Les trois perforations sont réunies en une seule qui mesure 7 à 8 cm. Il en résulte que l'intestin n'est plus représenté à ce niveau que par une bande muqueuse mesurant à peine deux travers de doigt dans sa partie la plus rétrécie.

L'S iliaque est ensuite libéré des dernières adhérences qui l'unissent à l'utérus, ce qui lui donne plus de longueur et rend moins difficile la suture. On introduit aussi dans l'intestin un gros drain destiné à faciliter la suture, mais bientôt on le retire, car il ne facilite rien. La suture est pratiquée presque en totalité dans le sens perpendiculaire à l'axe de l'intestin. Un premier rang de sutures à la soie fine réunit la muqueuse et par endroits toute l'épaisseur de l'intestin.

Un deuxième plan de points séparés à la soie fine adosse les séreuses et musculueuses. L'intestin suturé, je constate en refoulant les tuniques avec l'index que son calibre admet juste l'extrémité de l'index, mais il n'y a pas de coudure et l'S iliaque décrit une courbe très régulière. La surface de l'intestin est bien lisse, mais dépourvue de séreuse. Nous reportant alors vers la région

inguinale, nous apercevons un organe distendu, bosselé, qui adhère à la paroi et d'autre part à l'utérus. Cet organe, pris d'abord pour l'uretère distendu, est la trompe flexueuse et dilatée. Elle est d'abord séparée de l'utérus puis arrachée pour ainsi dire de la paroi. Cette trompe contient un liquide séro-purulent et visqueux ayant la plus grande ressemblance avec le pus qui s'écoulait de la plaie, ce qui m'a fait supposer qu'il s'agissait d'une fistule tubaire. On effondre par pression la paroi inguinale au droit de la fistule et on élargit au point de pouvoir drainer très largement par cet endroit. C'est alors que découvrant la plaie inguinale, jusqu'à ce moment recouverte, on s'aperçoit qu'elle est inondée d'un pus visqueux. C'est évidemment le contenu de la trompe qui s'est vidé par là pendant les manœuvres de décortication.

On termine l'opération en drainant largement.

1° Par la plaie inguinale, par un gros drain et trois gazes iodoformées qui vont séparer la suture intestinale du reste de l'abdomen.

2° Un drainage sus-pubien plongeant dans le Douglas et sortant par la partie inférieure de l'incision médiane.

Le reste de la paroi est réuni à la soie, et, en un seul plan, on termine en curettant la plaie; on libère rapidement les bords entropionnés. On draine au point déclive de la grande lèvre et on suture les deux tiers de la plaie inguinale. Le quart externe donne passage au drainage abdominal.

Conclusions. — L'origine des accidents était due à une salpingite ouverte d'une part à la région inguinale, d'autre part dans la vessie et dans l'S iliaque.

1° Il y avait communication directe de l'S iliaque avec le sommet de la vessie par un orifice laissant passer les gaz, mais pas assez gros pour laisser passer les matières normalement dures dans cette région de l'intestin.

2° L'S iliaque communiquait aussi directement avec la fistule inguinale mais par l'intermédiaire de clapiers qui ne laissaient que difficilement filtrer même les gaz.

3° La trompe gauche dilatée, point de départ des accidents, était ouverte à la paroi et c'est elle qui inondait la fistule cutanée de ce mucus purulent qu'elle sécrétait en abondance.

Suites opératoires : Le soir, température : 37°8, pouls 96, faciès bon, la vomi vert. Beaucoup de sérosités sanguinolentes

dans le pansement. Le drain de la grande lèvre ayant été arraché par mégarde, on ne le remplace pas. Aspiration de 60 gr. de liquide sanguinolent par le drain.

Le lendemain 3 septembre, température 38°, pouls 148, faciès bon, ventre rétracté, indolore, sauf à gauche de la suture, au niveau de l'anse sigmoïde, où il existait une légère sensibilité.

Soir : température 39°6, pouls petit, difficile à compter, cependant faciès bon, quoique coloré, pas de vomissements. A dormi, a faim. Ventre en bateau, indolore. Aspiration de 50 gr. de liquide sanguinolent par le drain de Douglas. La ligne de suture inguinale est très douloureuse, la peau y est vernissée et rosée; par un point de suture, du pus s'écoule; on fait sauter toutes ces sutures. Ecoulement du pus, attouchement à l'eau oxygénée, poudre d'iodoforme. Si on avait remplacé le drain, peut-être aurait-on pu conserver les sutures.

4 septembre : Morte à 2 heures du matin après agitation.

Autopsie : Les points de suture sont défaits. Du pus est trouvé entre l'épiploon et la paroi au niveau de quelques points de suture. La suture vésicale a tenu, de même celle du sigmoïde; mais dans le bassin il y a une anse grêle, affaissée et couverte de pus; il y a également du pus au niveau de l'utérus et de la sérosité sanguinolente dans le Douglas. Le reste de l'abdomen est sain.

Obs. 32. — WALDVOGEL : (*Deut. Méd. Woch.*, 1902, t. XXVIII, p. 570-573.)

En hiver 1877-1878, à l'âge de 35 ans, le Dr O. V... tomba malade en éprouvant des douleurs dans les deux jambes, des troubles de la miction et de la défécation. Les troubles urinaires consistaient à perdre quelques gouttes d'urine aussitôt qu'il avait envie d'uriner, et s'il se retenait n'arrivait plus à vider sa vessie, sauf rarement. Du côté de l'intestin, il éprouvait un besoin désagréable de pousser, et le matin allait plusieurs fois à la selle pour vider complètement son rectum; le peu de matière restée dans l'intestin l'aurait gêné pendant toute la journée. Parfois selles diarrhéiques; évacuation muqueuse et douleurs rectales. Ces troubles ont augmenté et en 1882 il va consulter. On constate une contracture de l'urètre, le malade avait présenté, il y a 20 ans, une pyurie prolongée et on avait trouvé

dans ses urines des débris d'épithélium plat et de polynucléaires.

En 1885, il présente des phénomènes cérébraux et vertige nocturne. En 1892, revient à la clinique avec des signes nets de fistule. Il retenait mieux ses urines pendant ces dernières années et vidait mieux sa vessie. Depuis un an les troubles intestinaux sont améliorés, les selles non diarrhéiques.

Depuis 6 mois, pas de douleur abdominale, mais des douleurs rectales, s'il restait des matières dans le rectum.

Le 15 juillet 1892 (15 ans après le début de la maladie), le malade éprouve subitement des douleurs dans les jambes. Les urines, qui étaient claires, deviennent troubles et contiennent beaucoup de mucus.

Le 20 juillet, au cours de la défécation, entend une crépitation et à la fin de la miction des bulles d'air sortent par l'urètre.

Le lendemain on trouve des masses muqueuses brunâtres dans l'urine, la pneumaturie se répète, les urines deviennent de plus en plus troubles contenant des flocons, jusqu'au 6 août, il fait de la fièvre.

Le 8 août, à l'examen, bon état général, il pèse 53 kg, insuffisance aortique et mitrale; l'estomac atonique. Pas de douleur abdominale, l'appétit est conservé. Examen rectal est négatif, les selles sont régulières, le liquide introduit dans la vessie ne sort pas par l'anus. Il urine 4-5 fois le jour et 2-3 fois la nuit. Il absorbe deux capsules de lycopodium et cette substance ne passe pas dans l'urine.

L'urine, très acide, contient de l'albumine, le sédiment contient du pus, on ne trouve pas de B.K. Le gaz recueilli par le cathétérisme une fois de 31 cc. pour être examiné : il trouble légèrement l'eau de baryte, ne noircit pas le plomb, ne brûle pas et éteint vite la flamme; il a une réaction neutre et est inodore.

Dans l'urine, on trouve des bacilles qui donnent des gaz. Comme on ne possède pas d'analyse sur la nature de gaz sorti par l'urètre au cours des fistules vésico-intestinales, chez notre malade il provenait peut-être d'un bacille le produisant. Il n'était certainement pas de l'hydrogène sulfuré, étant donné qu'il ne noircissait pas le plomb et était inodore. Le bon effet des lavements vésicaux a prouvé que les gaz se produisaient dans la vessie.

Pendant son séjour, la température 38°5. Le 31 août pas de fièvre, le 3 septembre 38°. Quand on interrompt pendant quelques jours le lavage vésical, le malade expulse spontanément du gaz en urinant, la fièvre commence et il ressent une distension vésicale et douleur dans les cuisses, anorexie, insomnie, mauvais état général subjectif. A partir du 3 septembre, on lui fait des lavages vésicaux au sublimé 1/10.000.

Avant le lavage, le malade a 38°5 de température et une heure après 37°4.

Le 4 septembre, la température est à 36°5, pas de douleurs, le malade expulse moins de gaz et une fois par jour seulement, le matin. Les urines contiennent moins de microbes, il retourne chez lui et nous envoie le compte rendu suivant :

« Depuis que j'ai quitté la clinique, mon état s'est amélioré, « j'ai bon appétit, je dors bien, je n'ai pas de fièvre, la région « vésicale n'est plus sensible, la pollakiurie a diminué, l'urine a « meilleur aspect, et contient moins de sédiments, les flocons « brunâtres ont diminué beaucoup; le dépôt n'est plus jaunâtre. « Je ne continue plus les lavages, à cause de l'amélioration considérable. »

Un autre compte rendu, le 21 novembre 1892, est à peu près pareil, le malade recommence sa pratique médicale. Entre le 17 et le 19 octobre, aucune pneumaturie, mais de la fièvre et quelques douleurs; le 29 octobre, l'urine légèrement acide et très trouble contenait beaucoup de dépôt; le soir elle devient plus claire, encore un peu acide et pas d'albumine.

Le malade succombe le 28 avril 1893 à la suite de sa maladie de cœur, on note de l'œdème et de l'infarctus pulmonaire.

Le médecin traitant avait noté que l'accumulation des gaz dans la vessie était souvent intense (le son tympanique de la région sus-pubienne jusqu'à l'ombilic). Le malade ne voulait pas se faire cathétériser, il vomissait de temps en temps et présentait de la tétanisation musculaire.

D'après ce tableau, on peut supposer qu'il a succombé à la suite d'une pyélonéphrite ascendante.

Obs. 33. — (Inédite.) (P^r HARTMANN.)

B..., âgé de 47 ans a eu en 1873 une coxalgie gauche qui a donné lieu à des abcès ouverts en avant, en arrière et en dehors de l'articulation.

En 1875, ces abcès sont restés pendant assez longtemps fistu-

leux et se sont fermés définitivement pendant les années 1878 et 1879. C'est en 1875 qu'il a commencé à avoir un peu de fréquence et de douleurs dans les mictions, ce qu'on a attribué alors à l'action de nombreux vésicatoires posés autour de la hanche.

Rien de particulier jusqu'en 1893 où il commence à avoir de temps à autre des accès fébriles de courte durée, la température montait alors jusqu'à 40°.

En 1895, remarqua que les purgations déterminaient temporairement des douleurs violentes dans la partie antérieure de la cuisse gauche. Il consulta un chirurgien qui attribua ces douleurs à des adhérences de l'intestin et conseilla de faire de l'antiseptie intestinale. En octobre 1902, les douleurs de la vessie, à la suite de fatigue, sont devenues très fortes, et il a dû s'aliter, c'est vers cette époque qu'il constata pour la première fois l'émission de gaz par l'urètre. Un médecin consulté soupçonna le diabète, mais l'examen des urines montra l'absence de sucre.

Peu de temps après on constata la présence évidente de matières intestinales dans l'urine et même une fois il y eut une véritable débâcle de matières noirâtres.

Des lavages de vessie et d'intestin furent alors pratiqués.

Lors de mon examen, en mai 1903, le malade était très affaibli; je fis faire la recherche de bacille tuberculeux sur lamelles et par inoculation au cobaye, le résultat fut négatif.

Traitement purement médical, le malade se remonte peu à peu et va bien pendant 3 ans, continuant à rendre d'une manière intermittente des gaz par l'urètre.

Le 21 février 1906, après un déjeuner rapide, il est pris de douleurs intestinales, de diarrhée et est obligé de rentrer se coucher avec des douleurs violentes, un faciès altéré.

Le lendemain, le ventre est ballonné, il a des nausées, un purgatif donné reste sans résultat. Les jours suivants on parle de possibilité d'opération si les symptômes d'obstruction intestinale continuent. Un lavement électrique amène un débouchage partiel, puis un deuxième résultat appréciable. Tout s'arrange et le malade reprend ses affaires, mais au bout d'une quinzaine survint la fièvre et un jour une purgation passe presque entièrement de l'intestin dans la vessie.

Pendant 3 semaines, il a des accès de fièvre, des douleurs lombaires gauches. Tout s'arrange de nouveau et d'avril à sep-

tembre, le malade reste à Berck étendu, puis il recommence à marcher.

L'examen du 13 avril : Le ventre est météorisé, au toucher rectal on trouve une induration commençant au-dessus de la prostate, se dirigeant à gauche contre la paroi de l'excavation, faisant corps avec elle, un peu sensible à la pression en un point. La hanche correspondante est enkylosée en extension avec un peu d'adduction. Plusieurs cicatrices déprimées, adhérentes l'entourent. Le trochanter est remonté, le membre un peu atrophié. On porte le diagnostic de : coxalgie acétabulaire avec abcès chronique ouvert à la fois dans le recto-sigmoïde et la vessie. Traitement général.

Le 19 janvier 1907, nous voyons le malade pour la 3^e fois. Le ventre est souple, le foie débordé les côtes. Le rein gauche est perceptible mais indolent. Au toucher rectal on trouve en avant et à gauche au-dessus de la prostate une masse dure, fixe, qui se continue jusqu'à la paroi latérale de l'excavation. La pression contre la face interne de l'os iliaqué est douloureuse.

Le proctoscope montre une muqueuse rectale partout rouge, oedémateuse avec un léger relief en avant et à gauche, mais on ne voit pas l'orifice fistuleux.

L'examen est du reste rendu difficile par l'ankylose de la hanche. Les urines sont troubles et laissent par le repos décanter un dépôt purulent.

Obs. 34. — HUBBARD : (*Bost. Med. and Surg. J.*, 1903, t. CIL, p. 404.)

A. B..., âgé de 54 ans, entre à Boston City Hospital. Aucune maladie vénérienne. Depuis 3 mois, douleur et évacuation de gaz après le repas; crampe d'estomac 4-5 fois par jour, durant 3-4 minutes. Goût acide constant dans la bouche et occasionnellement des nausées. Ces crises 2-3 fois par semaine. D'autre part constipation, et besoins d'aller à la selle, sans pouvoir déféquer.

Ces derniers jours, arrêt brusque du flot urinaire pendant la miction, douleur avant et après cette dernière. Perte de forces et du poids.

Tout examen négatif sauf l'urine qui montre à l'analyse : réaction neutre, densité 1,016; légères traces d'albumine; pas de sucre. Dans les sédiments : des petites et grandes cellules rondes; quelques cellules graisseuses; beaucoup de sang et pus; beaucoup de cellules desquamées.

Durant son séjour à l'hôpital, douleurs plus marquées autour et au-dessous de l'ombilic, avec irradiation périnéale, en même temps que pollakiurie, et le cathétérisme ramène de l'urine boueuse, contenant de petites masses de matière épaisse.

Le malade sort et entre de nouveau le 28 janvier 1903. Dans l'intervalle crises douloureuses hypogastriques; incontinence et brûlure de la miction. Au mois de décembre dernier une crise plus sérieuse de la région lombaire gauche et l'expulsion d'un calcul par l'urètre de taille d'un haricot; mais la douleur continue même après. L'urine diminue de quantité, elle est épaisse, jaune verdâtre, et hématurique. 6-7 selles par jour.

L'analyse d'urine est pareille qu'avant. Fluoroscopie négative.

Cystoscopie : vessie uniformément congestionnée, avec de petites taches de mucus adhérent. Trigone assez bien distinct. Les orifices urétéraux normaux, mais en dehors et 1 cm. au-dessus de l'uretère gauche, une tache circulaire de 1 cm. de diamètre, blanc jaunâtre, aux bords nettement distincts et un peu surélevés.

Lavages quotidiens de la vessie, mais les symptômes empiront et on fait une cystostomie le 30 mars.

Après l'opération, les matières sortent par la cystostomie.

Le 5 avril le scrotum fut incisé en raison de l'infiltration de l'urine et des matières sous la peau autour de l'orifice suprapubien.

L'examen rectal ne montre aucun orifice fistuleux. Le bleu de méthylène injecté par le rectum apparaît dans la vessie; mais injecté par la vessie n'apparaît pas dans le rectum.

Le malade souffre et s'affaiblit : on décide une opération.

Le 13 avril : Ether. Fermeture de l'orifice suprapubien à la soie. Laparotomie exploratrice; les lésions sont trop basses pour être atteintes par l'abdomen; on tourne le malade et on atteint la fistule par en dessous. Incision autour de la partie gauche du rectum : Epiploon induré et épaissi adhérent à la vessie. Le sigmoïde adhérent à la partie supérieure de la vessie ainsi qu'à la paroi abdominale. Ces adhérences rompues, on trouve un petit orifice sur le sigmoïde aux bords éversés correspondant à l'orifice vésical de taille d'une pointe de crayon. On suture au catgut l'orifice intestinal et par dessus cette suture on fixe le péritoine à la soie; ceci difficile car les points lâchent facilement. On ferme également l'orifice vésical et on fixe le péritoine par dessus. On laisse des mèches entre les 2 organes, et on ferme partiellement

la paroi abdominale. Sonde à demeure vésicale; celle-ci se montre insuffisante et on est amené à refaire la cystostomie.

Délire post-opératoire; que l'on n'arrive pas à calmer par les médicaments. 4 jours après on change les mèches qui sont légèrement imbibées de matière fécale.

Le malade ne peut guère se reposer à cause de ce délire violent et s'affaiblit jusqu'au 19 avril, où il meurt.

Obs. 35. — Pierre DEBET (*Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris 1903, t. XXIX, p. 341.)

M. L..., âgé de 39 ans, qui n'avait présenté d'autre symptôme morbide que quelques coliques insignifiantes, fut très surpris de constater un jour — il y a sept ou huit ans — qu'il rendait des gaz par la verge. Cette pneumaturie était assez bruyante pour que le malade redoutât d'uriner en public. Parfois il passait aussi par la vessie quelques débris de matières fécales.

La santé générale, qui n'avait pas été touchée au début, ne tarda pas à s'altérer. De la fièvre survint avec des frissons et le malade se décida à une intervention, qui fut pratiquée dans une ville de province.

Le chirurgien aborda la fistule par la cavité vésicale.

Il fit une taille hypogastrique, eut beaucoup de peine « à trouver, tant il était petit, l'orifice vésical à droite, un peu au-dessus du trigone », il fit l'avivement de cet orifice et sutura au catgut.

« Quelques jours après, les fils lâchèrent et les matières fécales se précipitèrent en abondance par cet orifice agrandi. »

Peu à peu, l'orifice se rétrécit au point que les matières fécales et les gaz ne passèrent qu'en petite quantité. On laissa se refermer l'incision ventrale, on supprima les tubes et le malade reprit la même vie qu'avant l'opération; mais les phénomènes de résorption disparurent et, pendant six ou sept ans, il put mener la vie de tout le monde.

Il y a quatre mois (c'était le 9 septembre 1902), la fistule s'est reproduite et le malade eut, en même temps, une orchite. Le même chirurgien lui fit de nouveau la taille hypogastrique et sutura la fistule avec du crin de Florence. Il lui fut impossible de trouver le trajet ou l'orifice intestinal de la fistule.

La suture au crin de Florence se défit rapidement et les matières fécales et les gaz passèrent plus abondamment que jamais.

Malgré l'orifice vésical sus-pubien qu'on maintient ouvert, le

malade ne peut pas vivre avec les souffrances atroces qu'il accuse.

Entré dans le service de M. DELBET, le malade fut opéré le 13 septembre.

Il aurait été plus sage de différer l'opération, dit M. DELBET, mais il se décida à intervenir à cause des souffrances insupportables du malade.

« Après la fermeture de l'orifice hypogastrique et le lavage complet de la paroi abdominale pour parer à l'infection par l'urine et les matières fécales, le ventre fut ouvert et l'intestin grêle relevé (il n'était pas adhérent) : il reste une masse fibro-graisseuse qui va de la paroi abdominale (région du méat hypogastrique) au promontoire et dans laquelle il est impossible de rien distinguer.

On va chercher le côlon dans la fosse iliaque gauche et je constate que cette masse est constituée par le côlon pelvien énormément épaissi par des lésions diffuses d'inflammation chronique.

On agrandit l'incision par en bas jusqu'au point où la vessie est adhérente à la paroi, et on commence à décoller le côlon.

Les adhérences sont étroites et très résistantes, mais heureusement elles saignent peu; le décollement va lentement. On arrive bientôt à une région où les adhérences très fortes résistent absolument aux ongles et aux pinces. Après avoir placé des compresse protectrices, on attaque cette région avec des ciseaux courbés, et on arrive à la fistule. La muqueuse intestinale fait saillie par l'orifice. On pourrait déjà suturer séparément l'orifice vésical et l'orifice intestinal, mais on préfère séparer complètement le côlon pelvien.

Bien que libéré, il reste à peu près immobilisé par l'épaississement et la rétraction du méso. Il ne sort ni urine de la vessie, ni matières de l'intestin. On commence par la suture de l'intestin. L'orifice ovulaire a, à peu près, le diamètre de l'index. Le grand axe est oblique par rapport à l'intestin. On fait deux plans de suture. A une extrémité, on est gêné par les appendices épiploïques; à l'autre, le fil coupe.

En somme la suture présente des difficultés. On espère cependant être arrivé à la faire bonne. La résection de l'intestin aurait présenté ici des difficultés considérables.

D'une part, il aurait fallu la faire très étendue, car les

lésions s'étendaient à tout le côlon pelvien; et, d'autre part, on aurait été singulièrement embarrassé par la brièveté et l'épaississement de son méso. La suture de la vessie a présenté de grandes difficultés, non que la paroi vésicale fût friable, mais l'orifice siégeait sur la face inférieure de la vessie et était très difficilement accessible.

On arrive péniblement à faire deux plans en surjet.

Suture de la paroi sans drainage.

Les suites furent d'une simplicité extrême. Il n'y eut qu'un point fâcheux. Jamais la sonde à demeure n'a bien fonctionné et il passait toujours un peu d'urine par le méat hypogastrique. Comme cette sonde qui ne remplissait pas son but déterminait des douleurs très vives, je pris le parti de la supprimer au bout de cinq jours et de rouvrir la fistule hypogastrique vésicale. A par cela tout alla à merveille pendant treize jours. Il n'y avait eu aucune élévation de température, aucune réaction péritonéale, l'intestin fonctionnait bien.

Le malade était considéré comme définitivement guéri, quand, le quatorzième jour, il se produisit une élévation de température en même temps que des douleurs. La cicatrice abdominale se désunit et il sortit du pus avec des matières intestinales. Cet accident survenu au bout de quatorze jours, alors que tout danger paraissait conjuré, ne peut s'expliquer que par la nature des lésions intestinales.

Le malade avait eu, vers l'âge de dix-neuf ans, un chancre syphilitique et on avait la conviction, avant même l'opération, que la fistule était due à une gomme intestinale ouverte dans la vessie.

On aurait dû mettre le malade au traitement avant de l'opérer, ce qui ne fut pas possible à cause de ses terribles souffrances qui pressèrent l'opération. Après l'opération, le traitement prescrit (sirop de Gibert et une potion iodurée) ne fut pas suivi d'une manière régulière. Or, il est survenu un accident qui plaide énergiquement en faveur de l'origine syphilitique des lésions intestinales qui étaient étendues. Quelques jours après l'opération, s'était développée, d'une manière insidieuse et indolente, une petite tuméfaction dans le cordon du côté droit, au voisinage de l'orifice externe du canal inguinal.

Lorsque le malade attira l'attention sur cette tuméfaction, elle avait le volume d'une petite noix et était peu sensible.

Enfin cette tuméfaction a cédé à un traitement spécifique intensif à l'aide d'injections d'huile biiodurée de Panas.

Le malade a été incontestablement amélioré par l'opération. Au lieu d'uriner et de déféquer par l'hypogastre, il urine par la verge (les urines n'ont jamais passé ni dans l'intestin, ni par la fistule abdominale) et les matières fécales habituellement passent par l'anus, mais de temps en temps elles passent avec les gaz par le méat hypogastrique et par la vessie. »

Obs. 36. — HEPNER (Cité par Heine).

Il s'agit d'une femme âgée de 64 ans, qui, quatorze mois auparavant, après un effort et un refroidissement, eut de la fièvre, des vomissements et des douleurs dans tout le corps. Quelques semaines après, elle ressentit des douleurs vésicales, des difficultés de la miction et eut des rejets de gaz par l'urètre. Les urines devinrent très troubles. L'examen microscopique montra la présence de nombreuses bactéries, des cellules végétales et des fibres musculaires. A l'examen cystoscopique, on constata une tache noire d'un centimètre environ sur la paroi postérieure de la vessie près du bas-fond. Pendant cet examen on voyait des bulles d'air qui pénétraient dans la vessie par cette tache.

La laparotomie sous-ombilicale fut faite le 10 octobre 1902; incision longitudinale et une autre transversale dans le tiers inférieur de la plaie pour mieux exposer le rectum. L'S romannum était attaché à la face postérieure de la vessie par quelques adhérences. Pas de tumeur ni de signes d'inflammation de mé-sentère.

La communication intestino-vésicale est formée par l'S iliaque (à 12 centimètres du rectum) et la paroi postéro-inférieure de la vessie.

Elle est réalisée par l'intermédiaire d'un organe cylindrique long de deux centimètres et demi qui fait l'impression d'un diverticule intestinal. Cet organe fut coupé entre deux fils, avec le thermocauter.

On ferma la plaie intestinale et vésicale séparément par une suture en bourse et une autre suture séro-séreuse.

Fermeture de la paroi abdominale, drain de gaze iodoformée au voisinage de l'ancienne fistule. Enlèvement des fils et du drain huit jours après l'opération. Guérison.

La cystoscopie montra la cicatrisation progressive de l'orifice fistuleux.

L'examen de l'organe extirpé montra qu'il s'agissait d'un diverticule acquis et qui était constitué par la muqueuse et la séreuse intestinale; la musculieuse n'existait plus.

Obs. 37. — HEINE Walter (*Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn. u. Sexualorg.*, Leipzig, 1904, t. XV, p. 401-459.)

Il s'agit d'un malade chez lequel on croyait à un cancer de la flexure sigmoïde qui lui avait donné une fistule vésico-intestinale. Une laparatomie fut faite le 5 mars 1903 et on constata que la flexure sigmoïde était très longue avec des plis nombreux et adhérait à la vessie. A cet endroit, l'anse intestinale était transformée en une espèce de tumeur dure et bien développée qui paraissait être un cancer.

L'examen montra beaucoup de diverticules agglutinés dont quelques-uns ulcérés à leur base communiquaient avec la vessie.

Obs. 38. — HÄNEL et KEYDEL (cité par Heine).

M..., femme de 59 ans, admise le 5 mars 1903. Jamais malade, sauf une constipation opiniâtre depuis longtemps. Elle est atteinte depuis un an de pollakiurie, douleur urétrale et une sensation de gêne vague à la région vésicale et en même temps les urines sont devenues troubles. Un gynécologue constate le prolapsus de la muqueuse urétrale et pratique la résection de cette muqueuse sans que cela apporte aucune amélioration. On fait quelques lavages de la vessie, également sans résultat. Pendant le traitement la malade remarque le passage de gaz par l'urètre et plus tard des parcelles de matières fécales dans l'urine. Etat général s'altère et elle maigrit. Le Dr Keydel fait une cystoscopie et remarque l'orifice de communication avec l'intestin et envoie la malade au Dr Hänel, en vue d'une intervention.

Etat actuel : Femme grande et assez forte, mais tout de même amaigrie, pâle, coloration livide des paupières inférieures. Poids 79 kg, température 37°, pouls 84, cœur normal, un peu d'emphysème pulmonaire. La paroi abdominale grasse rend la palpation très difficile; abdomen généralement mou et dépressible, météorisme modéré. Examen abdominal difficile à cause de la paroi qui est épaisse et grasse. La pression au niveau de l'hypochondre droit fait sentir une tumeur dure, sensible, de grosseur d'une pomme, non adhérente à la paroi. La région vésicale est également sensible à la pression.

Urine 700 cc. trouble, réaction neutre, traces d'albumine, pas de sucre. Microscopiquement : nombreux leucocytes, bactéries,

cellules épithéliales de la vessie en quantité abondante, résidus des fibres musculaires striées et de cellules végétales. Pas de cylindres, ni cellules épithéliales rénales.

Cystoscopie : muqueuse vésicale à peu près saine. Au niveau de la paroi droite supérieure, à côté du pôle vésical postérieur une zone de dimension d'une pièce de 5 francs, fortement infectée au milieu de laquelle une ouverture donnant issue parfois à des particules fécales. A côté de cette perforation, une autre plus petite. En différents endroits de petites saillies grosses comme des têtes d'épingles.

Examen rectal négatif, selles normales.

Diagnostic de fistule vésico-intestinale est posé mais à quel endroit de l'intestin et de quelle origine ? Comme probable, on s'est imaginé que l'ouverture intestinale de la fistule se trouvait au niveau du cæcum étant donné sa situation vésicale. Comme pathogénie on a pensé soit à une inflammation chronique simple ne s'accompagnant point de symptômes cliniques apparents, soit à la tuberculose ou le cancer. Après un traitement médical (l'huile de ricin, bismuth, opium, etc.), on procède à une intervention.

Le 5 mars 1903 : Laparotomie médiane. Après l'ouverture du péritoine et écartement des anses intestinales situées, en avant, on voit que la vessie est adhérente par sa paroi droite avec le sigmoïde. Ce dernier montre à cet endroit une tumeur dure et fixe. Cette tumeur est considérée comme suspecte de malignité d'autant plus que l'on peut sentir des ganglions mésentériques tuméfiés, et sous la séreuse intestinale on trouve des petits nodules de dimension de tête d'épingle jusqu'à celle d'une lentille. Un d'entre eux est excisé et examiné, l'opération considérée comme une laparotomie exploratrice, on referme la plaie.

L'examen microscopique du nodule montre qu'il s'agit d'un petit diverticule rempli de matière fécale durcie. Sa paroi montre la structure de la muqueuse intestinale avec la musculo-muqueuse sans les couches musculaires externes.

Le 22 mars : plaie guérie, pouls et température normaux. Nouvelle cystoscopie donne le même résultat qu'avant. Comme il y avait à supposer que la tumeur était formée à la suite d'une péritonite localisée consécutive à une diverticulite on procède à une nouvelle laparotomie.

Le 26 mars 1903 : Incision de l'ancienne cicatrice; on protège la cavité péritonéale par un tamponnement abondant, on sépare les deux organes et on répare soigneusement les orifices fistuleux de chacun en plusieurs couches, on ferme en partie la plaie abdominale, le drainage par des mèches, et un drain. Le premier jour quelques douleurs, température 38°, pouls 90 à 100, urine excrétée sans difficulté, dépourvue de matière fécale. Ablation du drain le 1^{er} avril, la plaie sécrète abondamment, suite opératoire normale. Le 11 mai la malade se lève pour la première fois, le 14 mai, plaie très réduite, granulation récente, quantité d'urine de 700 cc. après l'opération est actuellement 1.100 à 1.200 cc sans éléments.

Le 20 mai un peu de matière traverse la plaie abdominale. Le 28 mai malade quitte le service pour suivre un traitement ambulatoire; actuellement il reste encore une petite plaie, les symptômes vésicaux ont disparu, elle se porte bien et a augmenté de poids.

Obs. 39. — HARTMANN : (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris.* 1906, t. XXXII, p. 959.)

G..., vingt-cinq ans, entre le 14 juin 1903 à l'hôpital Lariboisière, parce qu'elle perd par le vagin ses urines mêlées de matières fécales.

Cette malade raconte que, six ans auparavant, en avril 1896, on lui fit, à Besançon, une taille vaginale pour un calcul, dont le centre était formé par une épingle à cheveux. Trois semaines avant l'opération, on constata dans ses urines la présence de pépins de figues, puis des matières fécales nettement reconnaissables.

Une première tentative de fermeture de la fistule vésico-vaginale, en juin de la même année, ne fut pas suivie de succès. La malade vint alors à Paris et entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Polaillon. Celui-ci tenta de nouveau inutilement, de fermer la fistule vésico-vaginale. Il chercha ensuite dans l'intérieur du rectum, l'orifice de la fistule intestino-vésicale, mais ne le trouva pas. Une troisième tentative de fermeture de la fistule vésico-vaginale n'aboutit de même à rien. La malade se décourage alors et ne fait plus rien pendant cinq ans.

Lorsqu'elle entre à Lariboisière, elle perd la plus grande partie de ses urines par le vagin; une petite quantité est émise par l'urètre. Celle-ci contient du pus en abondance et est mêlée

de matières fécales, quelquefois en morceaux reconnaissables. Des gaz passent par la vessie en produisant un bruit de clapotement. Lorsque la malade se purge, les matières passent en abondance par la vessie; les lavements refluent de même, en partie, par celle-ci. Lorsque l'on injecte de l'eau en certaine quantité dans la vessie, quelques gouttes de liquide apparaissent à l'anus.

Le col utérin est mou, régulier; son orifice légèrement entr'ouvert regarde en bas et en arrière; le corps est en antéflexion normale; on ne sent de tuméfaction en aucun point; cependant, en arrière et à gauche, profondément, contre la paroi de l'excavation, au voisinage du détroit supérieur, on trouve une vague induration, un peu sensible à la pression. Le toucher rectal ne fait rien sentir de particulier.

Après application d'une valve de Sims, on voit, en un point correspondant à peu près au col vésical, un orifice fistuleux de petites dimensions entouré d'une paroi amincie, l'uretère est libre et nullement rétréci.

Malgré son infirmité, la malade a mené une grossesse à terme et sans incident, il y a dix mois. Elle a toujours joui d'une bonne santé, à part ce fait que, vers l'âge de onze ans, elle a eu, dans la région cervicale droite, un abcès qui a mis des mois à se fermer et a laissé une cicatrice difforme.

Le 1^{er} juillet 1903, après anesthésie, on pratique la cystoscopie directe avec un tube urétroscopique et un miroir frontal. Dans le segment postérieur gauche de la vessie, on voit un orifice fistuleux, qui se présente avec une apparence rappelant celle que donne à l'endoscope un urètre de femme. Une pince introduite dedans pénètre dans l'intestin, établissant que la fistule a des dimensions considérables à peu près celles d'un urètre de femme. La muqueuse vésicale est saine dans tout le reste de son étendue. L'examen du rectum, pratiqué avec un tube proctoscopique, montre que l'ampoule est saine et que, par conséquent, la communication est plus haut située, sur le colon pelvien.

Le 6 juillet 1903, fermeture de la fistule côlo-vésicale. Après lavage de la cavité vésicale à l'eau boriquée, par une incision médiane intermédiaire au pubis et à l'ombilic, on ouvre le ventre sur la malade placée en position élevée du bassin. L'excavation vidée des anses qui s'y trouvent, on voit que le colon pelvien adhère à la face postérieure du ligament large gauche.

un peu au-dessus et en dedans de la fossette ovarienne, à un centimètre et demi en dehors du bord gauche de l'utérus. On commence à décoller ce côlon; on arrive à le séparer facilement jusqu'à un moment où il ne reste plus qu'une zone du diamètre d'un crayon, qui ne peut être séparé avec l'ongle.

Il semble qu'à ce niveau une sorte de diverticule de l'intestin s'enfonce dans le ligament large, repérant, à mesure qu'on fait la section, les bords du trou du ligament large avec des pinces de Kocher.

Relevant le côlon libéré et l'amenant à l'extérieur, on ferme sa perforation avec trois points séparés au catgut, qui comprennent toutes les tuniques de l'intestin, puis on enfouit ce premier rang de sutures sous une suture non perforante à la soie.

En revenant alors à l'orifice vésical, on le ferme par un premier surjet au catgut que l'on enfouit sous cinq points non perforants à la soie.

Drain dans le cul-de-sac recto-utérin. Fermeture de la paroi abdominale en trois plans. Une sonde de Pezzër est placée dans la vessie par la fistule vésico-vaginale.

Le drain est retiré le quatrième jour, et la guérison a lieu sans incidents.

A partir de ce moment, la fistule intestino-vésicale est fermée. Le 31 octobre 1906, fermeture de la fistule vésico-vaginale. Guérison.

Obs. 40. — CERNÉ : (*Normandie Méd.*, Rouen, 1906, t. XXI, p. 183-187.)

M., quarante ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 27 février 1905
Antécédents héréditaires excellents.

Dans l'enfance, il a eu l'entérite jusqu'à l'âge de cinq ans.

A trente-neuf ans, il a eu une orchite gauche, et nie tout accident blennorrhagique.

Deux ans après, nouvelle orchite gauche, mais on n'en trouve pas de traces à l'heure actuelle. C'est dans l'intervalle de ces deux orchites, en 1901, qu'il commence à se plaindre de la vessie, où il éprouve des douleurs, surtout après la miction.

On aurait, dès ce moment, constaté du pus dans ses urines et on lui ordonne des capsules de térébenthine et le régime lacté.

Bientôt, il s'aperçoit que des gaz sortent par le canal de

l'urètre, puis des matières, avec des fragments de nourriture non digérée, tels que pépins de pommes et de raisins.

Pendant longtemps, ces accidents sont intermittents, séparés par plusieurs jours d'intervalle; ils ne s'accompagnent d'aucune réaction inflammatoire. Malgré les conseils du Dr Peyroux, d'Elbeuf, il hésite à se soumettre à une opération. Mais, depuis un an, les accidents cessent d'être intermittents, ils sont continuels et ses souffrances le décident à se faire opérer. Il faut d'ailleurs noter que ses douleurs ont toujours été vésicales ou lombaires; on ne retrouve aucun symptôme de péritonite, en particulier, pas de vomissements.

D'ailleurs l'état général n'est pas mauvais. M... est gras, plutôt obèse, mais en chairs flasques et pâles. Ses sommets sont suspects; respiration légèrement soufflante à droite en arrière, et à gauche en avant. L'urine contient du pus en assez grande quantité et un excès de sels minéraux.

Le toucher rectal montre une prostate saine, un peu de résistance au-dessus de la prostate; on ne perçoit pas d'orifice aussi haut qu'on puisse atteindre.

La palpation abdominale, difficile par suite de l'épaisseur de la paroi, ne fait rien sentir de précis, peut-être cependant un peu de résistance dans la fosse iliaque gauche. C'est de là, prétend le malade, que partent les gaz qui vont être évacués par la vessie.

L'injection de lait par le rectum est bientôt suivie de son apparition dans la vessie; il suffit de 100 grammes de lait, ce qui indique que la communication siège assez bas, probablement au niveau de l'S iliaque.

Le cathétérisme vésical ne fait pas sentir de corps étrangers.

Opération le 6 mars 1905. Laparotomie sus-pubienne. La couche de graisse sous-cutanée est extrêmement épaisse. Dans la position de Trendelenburg, on découvre facilement l'adhérence du sommet de l'S iliaque à la partie supérieure de la face postérieure de la vessie. Il n'y a aucune autre adhérence péritonéale et il n'existe ni canal ni poche entre les deux organes, qui sont intimement accolés.

On les sépare au bistouri; la fistule est bien garnie de muqueuse, large de 3 millimètres environ. Il ne s'écoule ni matières ni urine et on fait séparément une suture intestinale et une suture vésicale par deux plans, total et séro-séreux.

Drainage et sonde à demeure.

La guérison de la plaie opératoire n'a été troublée que par la formation d'un petit abcès, dans un épanchement sanguin assez abondant sous la peau, et l'abondance des sels qui obstruent la sonde, d'ailleurs rapidement supprimée.

A plusieurs reprises, le malade croit sentir quelques gaz passer par l'urètre, mais il est certain que la fistule est bien fermée. Une injection de lait, faite à plusieurs reprises, dans le rectum ne revient pas avec l'urine.

Par contre, les urines ne s'éclaircissent pas, il semble même qu'elles deviennent plus purulentes malgré les lavages vésicaux et des instillations de nitrate d'argent. Notons aussi que, le 16 mars, il a uriné quelques gouttes de sang pur.

Il sort le 22 avril. A cette date, les urines sont redevenues plus claires, mais il se plaint de souffrir en urinant.

A la vérité, son histoire n'était pas finie. Rentré chez lui, il a continué à souffrir.

Le 20 mai, il expulse deux petits calculs de la grosseur d'un pois.

En août, l'urine redevient très purulente, mélangée de sang; à la fin de chaque miction, il éprouve une vive douleur et expulse quelques gouttes de sang pur.

Il rentre à l'hôpital le 18 septembre, les symptômes d'un calcul vésical n'étant pas douteux et étant facilement confirmés par le cathétérisme.

Opération le 22 septembre.

Taille sus-pubienne. On retire un calcul phosphatique ayant 5 centimètres de longueur sur 3 cent. 1/2 de largeur. Ouvert, on trouve à son centre une enveloppe d'amande.

Drainage vésical et sonde à demeure.

Il sortait le 9 octobre complètement guéri et avec des urines parfaitement claires.

Obs. 41. — *Musée de l'Hôpital Guy.* (Cité par TELLING; *Lancet*, 1908, t. I, p. 843.)

Homme de 65 ans, admis pour passage de gaz et fèces par l'urètre, mort le 3^e jour.

Malade ayant été autrefois aux colonies, mais n'a jamais eu de dysenterie.

A l'autopsie on a noté les signes d'une ulcération ancienne à 15 cm. de l'anus et rien au-dessus.

Sigmoïde très épaissi et contracté, muqueuse très rugueuse

mais pratiquement normale. On a constaté en outre une péri-sigmoïdite chronique et une masse du tissu inflammatoire entre le sigmoïde et la vessie et une communication étroite entre les deux organes. L'intestin épaissi et rugueux; et dans cet épaississement inflammatoire on voit à 2 ou 3 endroits des petits diverticules donc quelques-uns perforés. La fistule d'un trajet tortueux communiquant avec la cavité d'un abcès de grosseur d'une noix.

Obs. 42. — MORESTIN¹: (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 3 juin 1908, p. 778.)

Louis L..., âgé de 67 ans, est amené à l'Hôtel-Dieu le 3 février 1903, atteint d'une hernie étranglée. Il s'agissait d'une hernie inguinale droite jusque-là réductible, et qui brusquement avait cessé de l'être en provoquant tous les signes bien connus de l'étranglement.

L'examen ne révélait rien que de banal et parfaitement classique. La kélotomie pratiquée sans retard, ne montra non plus rien de particulier; le sac contenait une anse grêle baignant dans les sérosités roussâtres, et cette anse, encore en bon état fut réduite aisément après débridement du collet. Bref, les choses se passèrent de la façon la plus simple, la plus ordinaire et sans le moindre incident.

Aucune complication ne vint d'ailleurs troubler la réparation de la plaie opératoire, qui guérit en 8 jours par première intention. Mais coïncidence singulière, à partir de l'intervention, le malade n'émit plus une seule goutte d'urine par l'urètre et la totalité des urines s'écoula par l'anus.

Pendant 4 jours on note que les matières fécales mêlées d'urine contenaient en outre du sang et même des caillots sanguins en assez grande quantité, indiquant une notable hémorragie.

Le malade qui déjà avant les accidents survenus du côté de sa hernie était dans un état de sénilité très accentuée s'affaiblit et déclina rapidement, et quand le 1^{er} mars, je pris la clinique de l'Hôtel-Dieu, je le trouvai dans un tel état de cachexie, de déchéance et de marasme, que je dûs porter immédiatement le plus sombre diagnostic. Lep... était non seulement incapable de quitter son lit mais même de s'asseoir ou de se retourner. Il ne s'alimentait presque plus. Chaque demi-heure il émettait par l'anus une sorte de purée fécalo-urineuse d'odeur abominable, l'urètre ne

laissant toujours passer aucune goutte d'urine. L'anus paraissait très irrité, les plis radiés étaient épaissis, rougeâtres et semés d'exulcérations. Sur tout le pourtour de l'anus, les téguments étaient épaissis, indurés, rigides, lichenifiés, une escarre occupait la région sacrée.

Le toucher rectal permit seulement de reconnaître une hypertrophie prostatique considérable; on ne put sentir ni tumeur, ni induration de la paroi rectale, ni perforation.

Une sonde introduite dans la vessie ramena quelques gouttes d'urine trouble; la vessie était donc vide, l'urine ne s'y accumulait pas et passait très rapidement dans l'intestin. D'autre part, rien du contenu de l'intestin, ni gaz, ni matières, ne passait dans la vessie.

Un injection d'eau colorée avec du bleu de méthylène fut poussée dans la vessie; elle revint immédiatement par l'anus. L'exploration du rectum à l'aide d'un rectoscope permit d'inspecter la cavité rectale sur une assez grande hauteur, mais je ne pus apercevoir la communication. Je n'eus par contre aucune peine à m'assurer que la muqueuse rectale était très enflammée par le contact de l'urine, couverte de muco-pus et présentait des dilatations vasculaires et des suffusions sanguines.

Je me gardai d'ailleurs de prolonger ces manœuvres, elles m'avaient appris que la fistule siégeait relativement haut sur l'intestin et n'était pas abordable par le périnée.

L'insistai d'autant moins que le malade m'apparaissait hors d'état de supporter une intervention. Une sonde en gomme introduite dans la vessie nous avait par un frottement un peu rude donné le soupçon d'un calcul. Le malade avait d'ailleurs subi antérieurement la lithotritie. Admettant volontiers la présence d'une concrétion calculeuse dans la vessie et ayant envisagé la possibilité de l'origine calculeuse de l'accident, nous pensions plutôt que la communication devait être attribuée à quelque néoplasme, probablement du gros intestin. L'exploration de la vessie avec un instrument métallique semblait à première vue un peu dangereuse. La vessie étant vide, rétractée, l'énorme hypertrophie de la prostate devant rendre plus délicat encore cet examen, d'ailleurs peu utile. En effet, le malade me paraissait perdu et dès lors il valait mieux lui épargner toute chose pénible.

De fait il se cachectisa de plus en plus. Son escarre s'étendit

vers les régions fessières, la langue devint sèche, il délira jusqu'au 1^{er} avril où il finit par s'éteindre après une crise de vive douleur vésicale et issue de quelques gouttes de sang par la verge. C'était la première fois depuis son entrée qu'il souffrait de cette manière et émettait du sang par cette voie.

L'autopsie pratiquée le 12 me montra que la vessie contenait un calcul gros comme un œuf de pigeon. Il était placé verticalement et les parois vésicales épaisses et dures s'appliquaient presque exactement à sa surface. En dépit de l'hypertrophie prostatique énorme, il n'y avait pas de bas fond appréciable. La vessie était petite et ratatinée. La perforation siégeait à la partie supérieure de l'organe, elle était très peu large d'un 1/2 centimètre environ.

C'était avec le côlon pelvien que communiquait la cavité vésicale, les deux organes étaient directement accolés l'un à l'autre. A la palpation on sentait à ce niveau une masse dure dans l'épaisseur du côlon. L'ouverture de cet intestin montra qu'il s'agissait bien d'un cancer de l'intestin, peu volumineux occupant toute la circonférence de l'organe et obstruant presque sa lumière. Les uretères, bassinets et calices étaient dilatés, contenant de l'urine trouble. Les reins distendus médiocrement d'ailleurs, offraient dans l'épaisseur de la substance médullaire un certain nombre de kystes dont plusieurs formaient extérieurement des bosselures. Dans les bassinets et les calices il y avait de chaque côté plusieurs petits calculs ovoïdes légèrement aplatis.

L'intestin grêle ne présentait rien de particulier et l'anse autrefois étranglée n'était plus reconnaissable. Le malade a été emporté par infection ascendante urétéro-pyélo-rénale, terminaison fréquente de la mise en communication des voies urinaires avec l'intestin, mais l'inflammation du gros intestin et les résorptions toxiques à la surface de la muqueuse enflammée ont contribué sans aucun doute à provoquer la cachexie rapide.

Les reins étaient d'ailleurs bien préparés à cette infection et peut-être même existait-elle déjà à un certain degré avant la fistule. La dilatation des bassinets et des calices était sans doute ancienne déjà, les calculs nombreux qui occupaient les bassinets et les calices n'ont pu se former dans le temps très court qui s'était écoulé entre l'établissement de cette fistule et la mort et d'ailleurs la plupart d'entre eux très durs et formés

d'acide urique ne ressemblent en rien aux calculs secondaires.

La valeur fonctionnelle des deux reins devait être de longtemps extrêmement réduite. Ces constatations ne montrent que trop le peu de chance de succès d'une intervention entreprise au moment où nous avons observé le malade.

La fistule résulte manifestement de la propagation du cancer du côlon pelvien à la vessie et bien entendu la hernie étranglée et la kélotomie sont hors de cause. Il y a là seulement une coïncidence tout à fait singulière.

Obs. 43. — E. BUREAU et PASQUEREAU: (*Gaz. Méd. de Nantes*, 1909, 2^e s., t. XXVII, p. 608-611.)

Marie H., vingt-neuf ans, journalière, mère d'un enfant de dix ans, se présente à la consultation externe au commencement de mars 1909, se plaignant de souffrir en urinant et de rendre des matières dans ses urines. Elle consent à entrer à l'hôpital.

Cette femme ne s'est jamais connu de maladie grave jusqu'en 1901 (il y a donc huit ans). A cette époque, elle est opérée à Saint-Nazaire, de salpingite double. Les suites opératoires furent bonnes; à noter cependant un abcès du cul-de-sac de Douglas, qui fut ouvert quinze jours après l'opération. Tout rentre dans l'ordre jusqu'en février 1905, c'est-à-dire il y a quatre ans. A ce moment, elle consulte M. E. Bureau, parce que ses mictions sont douloureuses et qu'elles sont accompagnées à la sortie, par le méat urétral, d'un fil de soie.

M. Bureau constate, en effet, l'issue d'une boucle de fil et, au toucher vaginal, d'une masse dure, rappelant un calcul et ne pouvant s'engager dans le col vésical. Il fait une dilatation de l'urètre aux bougies d'Hegar et réussit à extraire un fil de soie, qui présente une boucle antérieure et deux chefs postérieurs, lesquels sont perdus dans un calcul de la grosseur d'une noisette.

La conclusion était que le fil de soie provenait d'une ligature de pyosalpinx, et qu'à la faveur d'un abcès il était tombé dans la vessie, puis s'y était incrusté de sels calcaires.

Après cette intervention, tout redevient normal jusqu'en août 1908.

La malade ressent de nouveau des douleurs en urinant et ses mictions sont fréquentes. De plus, elle est fort surprise de rendre, en urinant, des gaz qui ne viennent point du rectum et de constater qu'après certaines mictions sa chemise est souillée de matières qui proviennent manifestement du méat urinaire. Elle

ajoute que parfois, lorsqu'elle est couchée, il lui sort par le rectum un liquide ayant l'odeur d'urine.

Elle prétend enfin qu'un fil lui sort comme la première fois.

La malade ne vient consulter que six mois après le début de cette malheureuse surprise, en février 1909. Elle entre à l'Hôtel-Dieu, le 25 février.

L'examen entier de l'appareil génito-urinaire ne révèle rien.

Le toucher vaginal révèle l'existence d'un petit utérus; le toucher rectal est négatif.

L'examen au spéculum et aux valves rectales ne donne aucun renseignement. Les urines sont troubles et fétides. On y voit des débris ressemblant à des matières fécales. Elles sont soumises à l'examen de M. le Dr Fortineau, qui constate que les urines contiennent du pus et des matières fécales.

L'examen cystoscopique ne décèle pas le fil dont parlait la malade, mais on remarque une petite surface sombre, dont les contours sont peu délimitables, mais dont la zone vésicale environnante est très vascularisée. On peut supposer que là est la fistule.

La cystoscopie, refaite par le Dr Malherbe, conclut de nouveau à une fistule, située très probablement sur la surface latérale gauche de la vessie.

D'après ce tableau symptomatique, on conclut à une fistule vésico-intestinale intra-péritonéale.

Une laparotomie fut faite, le 10 mars, avec l'assistance de M. E. Bureau. Les trompes et ovaires ont été enlevés des deux côtés. L'utérus, petit, est en position normale. À gauche entre la vessie et le colon pelvien, au-dessus du ligament large gauche, existent des adhérences très pénibles à dissocier, au milieu desquelles on découvre un trajet fistuleux long de un demi centimètre environ, de la grosseur d'une plume de poule. Malgré les conditions défavorables, l'intervention radicale, c'est-à-dire la séparation des deux organes et leur suture, fut décidée.

Après section de l'adhérence fibreuse, on fit la suture du colon et celle de la vessie (on s'appliqua à bien adosser à la Lembert les tuniques séreuses, afin d'enfourer les orifices fistuleux).

Une sonde de Malecot est laissée à demeure dans la vessie.

Un drain est plongé dans le Douglas et sort par l'extrémité inférieure de la plaie.

Suture en trois plans de la paroi. Les suites opératoires sont parfaites. Pas de température. Les urines recueillies dans l'urinal ne contiennent plus de matières. La sonde à demeure est enlevée vers le dixième jour et la paroi décousue le douzième.

L'opérée a continué à avoir des urines très claires. Elle présente simplement une petite fistulette de la paroi, nullement suspecte, qui se rétrécit rapidement.

Obs. 44. — (Inédite) Pr HARTMANN.

Homme de 75 ans et d'une excellente santé habituelle, vient me consulter à la clinique le 21 février 1909.

Il y a deux ans a fait des accidents d'obstruction intestinale tenaces qui ont cédé à des lavements électriques. Depuis va à la selle deux ou trois fois par jour.

Il y a quelques mois a commencé à avoir des troubles de la miction, s'aggravant progressivement jusqu'il y a 5 semaines, a rendu du sang par l'urètre, et 15 jours après des matières reconnaissables dans ses urines accompagnées par la pneumaturie.

Depuis un mois environ pollakiurie intense (toutes les deux heures) même davantage le jour. Il passe aussi de l'urine par l'anus.

Au point de vue intestinal, depuis 2 mois va 5 ou 6 fois par jour à la selle avec des saletés, un peu de sang, souvent un peu de diarrhée et des glaires.

Le toucher rectal : rien dans l'ampoule rectale, mais par le palper bimanuel on sent au bout du doigt une masse assez difficile à délimiter, en avant de la vessie et bien au-dessus de la prostate indolente. Les symptômes s'aggravent et le malade déclina en juillet 1910 sans incident, rendant presque toutes ses matières par la vessie, mais n'en souffrant pas.

Obs. 45. — (Inédite). Pr HARTMANN.

Mme D., 28 ans, vient consulter le 12 octobre 1909 pour des douleurs de la fosse iliaque gauche, la pneumaturie et la fécalurie. Elle a été opérée d'un kyste dermoïde de l'ovaire il y a 8 ans, 5 ans après a fait une cure de massage pour la constipation.

Quelques mois après elle commence à avoir des malaises qui progressent en s'accroissant jusqu'à la véritable douleur dans le ventre accompagnée de fièvre. On parle de métrite, puis de

cystite, et elle remarque que les gaz sortent par l'urètre. Quelque temps après, en juin 1907, les matières passent également par la vessie. Les symptômes cessent momentanément et pendant 3 mois (août, septembre et octobre) rien ne passe par l'urètre. Elle devient enceinte en 1908 et accouche à terme le 26 mars 1909. Pendant toute la grossesse gaz et matières passent par la vessie. Après l'accouchement, pendant 2 mois, il ne passe rien. En général après les règles se sent mieux.

Dans ces derniers temps a souffert davantage, les matières passent de plus en plus et elle affaiblit, c'est à ce moment qu'elle vient consulter, avec des douleurs dans la fosse iliaque gauche, pneumaturie et fécalurie.

On porte le diagnostic de fistule intestino-vésicale et on décide l'intervention.

Opération le 23 octobre 1909 : Incision sur l'ancienne cicatrice, libération d'épiploon adhérent à la face profonde de la paroi, relèvement.

L'utérus adhérent en avant et rétroversé, est libéré et relevé. On voit alors nettement que la vessie est attirée en avant, à gauche de l'utérus, et qu'elle adhère au côlon pelvien au point où il franchit le détroit supérieur. Elle passe à ce niveau dans la partie supérieure de ce qui reste de ligament large, les annexes ayant autrefois été enlevées de ce côté. Le côlon de son côté est attiré vers cette partie du ligament large et lui adhère. On libère progressivement et on arrive finalement à n'avoir entre la vessie et le côlon qu'un cordon du volume d'un crayon qu'on sectionne à ras du ligament large. La vessie fuit immédiatement. On la ferme avec du catgut, puis on l'enfouit par une suture séro-séreuse à la soie. Excision du cordon manifestement tapissé par une muqueuse intestinale, puis suture en deux plans de la perforation du côlon.

On empêche tout rapport direct entre les deux sutures en interposant entre la vessie et le côlon l'épiploon.

Fermeture du ventre sans drainage.

Malade revue 2 ans après en parfaite santé, sans aucun trouble intestinal ni vésical.

Obs. 46. — CHUTE : (*Tr. Am. Ass. genito-urin.*, 1911, t. VI, p. 86-98.)

Homme de 53 ans, examiné en mars 1910. Il y a 5 ou 6 ans a fait plusieurs accès de fièvre, pendant lesquels la température

dépassait 39° à 40°. Ces attaques étaient accompagnées d'une sorte de malaise vésical avec les urines troubles. Ces symptômes urinaires continuant toujours, mais moins sévères il y a deux ans. Par contre il a noté souvent le passage des gaz à la fin de la miction.

Il était soigné avec des antiseptiques urinaires et des lavages vésicaux sans aucune amélioration.

Examen radiologique aussi bien que l'inoculation au cobaye n'ont donné aucun résultat.

Il avait quelques symptômes intestinaux mais pas prédominants. Peu de temps avant ma visite, le Dr Binney avait trouvé dans ses urines des cellules végétales et avait localisé une fistule.

Quand je l'ai examiné, sa vessie avait une capacité de 250 cc. et était atteinte d'une cystite subaiguë généralisée. Au niveau de la paroi postérieure de la vessie, au-dessus de la base et à gauche on constatait un aréa très rouge où la muqueuse était œdématisée et plus ou moins ridée. Au milieu de cet aréa on voyait une petite fossette sombre qui donnait issue à une substance blanche. Je n'ai pas réussi à cathétériser la fistule.

Les urines étaient troubles, acides, poids spécifique 1010; elles contenaient des traces d'albumine; pas de sucre; 1,64 % d'urée; les sédiments considérables composés de pus, corpuscules rouges et bactéries.

Laparotomie le 19 mars 1910, par Richardson : Le sigmoïde adhérent à la paroi vésicale postérieure jusqu'au cul-de-sac. Le sigmoïde épaissi et induré et en le séparant de la vessie une petite poche de pus s'est ouverte.

Il y avait deux perforations du sigmoïde jusqu'à la cavité d'abcès et une de la cavité jusqu'à la vessie.

Les trois ouvertures (deux sigmoïdiennes et une vésicale) furent fermées en couches avec du catgut chromé. La fermeture des orifices sigmoïdiens était très difficile à cause de l'épaississement de la paroi intestinale; un apanage épiploïque est amené sur la suture et on place une lame de caoutchouc.

La convalescence fut bonne, mais l'ablation de la lame était suivie d'une décharge de matières fécales.

Le malade quitte l'hôpital au bout d'un mois; urine claire, mais une petite décharge fécale par le sinus.

En juillet 1910 (quatre mois après l'opération) les symptô-

més vésicaux ont réapparu; de nouveau de la fièvre et le passage des gaz par l'urètre.

On a pratiqué une seconde opération, le 12 août 1910 et on a trouvé de nouveau le sigmoïde adhérent à la vessie; on a disséqué les adhérences, la paroi vésicale indurée fut réséquée et suturée.

Sur le sigmoïde, au-dessus de l'endroit où était situé le diverticule, il y avait un rétrécissement dû à la pression de la masse inflammatoire. Dans cette masse disséquée, on plaça une mèche sur la ligne de suture. Douze jours après l'opération, la fistule fécale s'est rétablie. Le quatorzième jour, douleur abdominale gauche, vomissement, tableau d'une péritonite. On ouvre l'abdomen des deux côtés, on évacue le pus et on place de larges mèches pour drainer.

Le malade meurt trente heures après. L'origine de la péritonite resta indéterminée.

Obs. 47. — CHUTE : (*Tr. Am. Ass. genito-urin.*, 1911, t. VI, p. 86-98.)

Homme de 60 ans, vu avec le Dr Dudley le 15 juin 1910.

En octobre 1909 avait déjà souffert de la vessie. Douleur à la fin de la miction irradiant vers le rectum. Pollakiurie obligeant le malade à se lever trois et quatre fois dans la nuit. Les urines étaient claires, mais il avait noté le passage de l'air à la fin de la miction. Cet air sortait en faisant beaucoup de bruit. Ces symptômes se sont améliorés pendant un certain temps et ont réapparu après; huit semaines après ma première visite, il constata pour la première fois que ses urines matinales n'étaient plus claires, et en urinant dans un verre, il remarqua qu'elles ressemblaient à la boue. D'autre part, il avait l'habitude depuis vingt ans, d'avoir deux selles le matin; l'une succédant de peu à l'autre. Il ne se rappelle pas avoir eu de selles formées pendant ces vingt ans après les selles matinales, tout en l'absence de coliques intestinales.

Après les deux selles matinales, ses urines restaient claires pour le reste de la journée; et pourtant les gaz passaient quelquefois par l'urètre.

La pollakiurie pas très prononcée à ce moment-là et n'avait qu'une ou deux mictions nocturnes. Spécimen de ses urines matinales qu'il m'avait apporté avait l'aspect et l'odeur des

féces liquides et déposait un sédiment considérable dans lequel on trouvait des akènes de fraises en abondance.

L'urine prélevée par le cathétérisme était trouble, acide, poids spécifique 1022; peu d'albumine, mais sucre assez abondant; urée 1.89 %.

L'urine déposait au repos une couche de pus visqueux. Le lavage vésical devenait facilement clair.

La capacité vésicale, 200 cc. environ

La cystoscopie montrait quelque irrégularité vers l'orifice urétral de la vessie et le segment inférieur de la vessie était atteint d'un degré modéré de cystite.

Un peu au-dessus de l'uretère gauche, à un endroit, la muqueuse vésicale était tuméfiée et œdématiée; c'était probablement le siège de la fistule.

Examen rectal sans résultat. Diagnostic de fistule vésico-intestinale due probablement à une diverticulite du sigmoïde fut porté; et le malade mis au régime pour le débarrasser de sa glycosurie.

Le 30 juin 1910, le sucre avait disparu, mais les autres symptômes persistaient.

Laparotomie le 29 juillet 1910; par une incision médiane; le sigmoïde adhérait à la vessie par son bord libre tout à fait dans le bas du pelvis.

On sépare les adhérences et on arrive à un pédicule de longueur de 12 mm. 1/2, communiquant la vessie à l'intestin. On coupe le pédicule, celui-ci était entouré par une membrane muqueuse.

L'orifice intestinal fut fermé par plusieurs couches (catgut pour les couches profondes, et lin pour les couches superficielles). Les points de suture difficiles à placer à cause de l'épaisseur de la paroi intestinale.

On protège la ligne de suture par deux franges épiploïques malgré l'épaississement et l'induration de la paroi intestinale, j'ai réussi à placer les sutures sans rétrécir la lumière intestinale.

La brèche vésicale était située tellement bas dans le pelvis, que je n'ai pas pu mettre des points de suture en quantité suffisante; et, comme il n'y avait pas de fuites pendant l'opération, je me suis fié à une sonde à demeure vésicale et une lame de caoutchouc entre le sigmoïde et la vessie.

L'opération bien tolérée, bon état général pendant les pre-

miers jours, le troisième et le quatrième on raccourcit la mèche.

Le soir du quatrième jour, la température un peu élevée, le ventre un peu distendu, la sonde vésicale fonctionnait bien, mais il se plaignait de l'indigestion.

Le sixième jour, pouls rapide, température élevée, il se sent faible. On enlève la mèche, celle-ci est fétide. Pas de suintement ultérieur, un tube de caoutchouc placé dans le pelvis à travers le sinus ne ramène pas de pus.

L'abdomen distendu, mais mou et pas sensible, les intestins sont libres.

Dans la soirée son état général empire rapidement. La distension se limite en largeur à la région épigastrique; quelques régurgitations liquides, on introduit un tube dans l'estomac et on aspire les $\frac{3}{4}$ du liquide. Cette manœuvre améliore la distension et arrête la régurgitation; mais l'état général décline rapidement et la mort s'ensuit.

Autopsie : En ouvrant la cavité abdominale après ablation du drain, on voit un liquide purulent jaillir du pelvis. Il n'y a pas de pus dans la grande cavité péritonéale; les intestins ne sont pas infiltrés.

Mais une grande quantité de pus entre la vessie et le sigmoïde. Ce pus était contenu dans plusieurs brides intestinales adhérentes.

La partie impliquée du sigmoïde enlevée, et on trouve que la suture intestinale avait lâché en un point; il y avait plusieurs diverticules petits, libres, non enflammés à leurs bords libres. Du côté de la vessie, les bords de son ouverture étaient apparemment soudés.

La mort était causée par une septicémie partant d'une collection localisée du pus dans le pelvis.

Obs. 48. — Ch. G. LEVINSON : Fistule entéro-vésicale d'origine amibienne, (*The military Surgeon*, t. XXX, 5 mai 1912, p. 581.)

Un marin de 38 ans ayant eu en 1900 une fièvre typhoïde simple, est pris en 1909 d'une douleur brusque dans la région hypogastrique sans fièvre ni troubles urinaires. Deux semaines plus tard, en allant à la selle, présente de violentes coliques et sent une rupture dans le flanc gauche; il s'évanouit et on l'amène à l'hôpital. La douleur persiste à gauche dans les jours qui suivent, avec la fièvre et urine purulente. Puis la pneumaturie et la fécalurie.

A l'examen on constate une masse au niveau du côlon sigmoïde que l'on retrouve par le toucher au côté gauche du rectum, douloureuse à la pression.

La cystoscopie montre à la partie supérieure de la vessie, un orifice dont les bords sont hyperhémisés et œdédiatisés. L'examen des matières révèle la présence d'amibes de forme mobile, enkystée. L'état général du malade est assez grave. Le foie grossit, la température est élevée, le pouls fréquent et faible. On porte le diagnostic d'une fistule entéro-vésicale d'origine amibienne et probablement due à l'évolution d'une diverticulite.

Les circonstances défavorables ne permettant pas une grande opération, on pratique une cœcostomie, suivie de lavages et par le rectum et par la cœcostomie.

L'état du malade s'est amélioré progressivement et 6 mois après les urines étaient parfaitement claires et la vessie s'est montrée saine.

La malade a engraisé et ses matières ne contiennent plus d'amibes. Le foie a diminué de volume. On décide la fermeture de la cœcostomie et on y procède par résection et anastomose latérale, on enlève en même temps l'appendice qui est tuméfié et à l'examen dénué d'amibes.

Un an après la guérison était complète.

Obs. 49. — BOEHM et DÉAN : (*The Am. J. of. urol.*, t. VIII, N° 9, sept. 1912, p. 474 à 482.)

Femme de 40 ans, souffrait du ventre à la suite d'une contusion à l'hypochondre gauche à l'âge de 16 ans. Habituellement constipée; depuis deux ans la présence de sang dans les matières. Hématurie, douleurs violentes, et elle a noté l'expulsion de matières par l'urètre. Cystite et rectite.

Une cystoscopie permet de découvrir l'orifice d'une fistule au sommet de la vessie et à gauche.

Laparotomie : Résection de l'anse sigmoïde et de la partie vésicale qui lui adhère. On ferme ensuite la brèche vésicale en y suturant le fond de l'utérus. Mort par péritonite le troisième jour.

Il s'agissait d'un adéno-épithéliome de la vessie propagé au côlon pelvien.

Obs. 50. — BOEHM et DÉAN : (*The Am. J. of. urol.*, t. VIII, N° 9, sept. 1912, p. 474-482.)

Homme de 84 ans, présente une cystite intense, distension

vésicale et ténésme rectal. Expulsion de gaz et de matières par l'urètre. Le toucher rectal fait sentir un néoplasme au-dessus de la prostate qui est atrophiée. Le malade refuse l'intervention et meurt peu après.

A l'autopsie, on trouve une énorme masse carcinomateuse englobant la vessie, l'anse oméga et le rectum.

Obs. 51. — Inédite (Pr HARTMANN).

Dr L..., âgé de 56 ans, vient consulter le 12 juillet 1913 avec l'histoire suivante :

Depuis le mois de mars de cette année n'a plus de selles moulées, 3 selles liquides par jour, quelquefois même 6 à 7. matières glaireuses et décharges venteuses.

En avril, aux symptômes susdits se sont ajoutés des troubles vésicaux : mictions plus fréquentes, impérieuses et douloureuses. A cette époque, à la suite d'un repas copieux, avec champagne, les signes urinaires se sont accentués, en même temps qu'est apparue la pneumaturie. Le gaz sortant bruyamment à la fin de la miction, s'entendant à distance et laissant autour du méat des bulles d'air.

Les urines teintées en marron à la fin de la miction, elles sont acides, et ne contiennent pas de sucre.

Depuis le début de juillet à plusieurs reprises a présenté des accès de fièvre, avec frissons, puis sueur.

Il suit ces derniers temps un régime lacto-végétarien et prend des bains chauds.

Comme antécédents : il y a 4 ans après avoir pris des pastilles antidiphthériques a eu une paralysie temporaire du moteur oculaire commun.

Il y a deux ans, oppression, neurasthénie et œdème aigu pulmonaire qui a cédé aux ventouses et digitale.

Dans ses urines, à ce moment-là, il n'y avait ni sucre, ni albumine.

Antécédents familiaux : rien d'important à signaler. Il n'a pas eu la syphilis.

Actuellement le malade dit avoir beaucoup maigri.

A l'examen : le toucher rectal très douloureux et ne fournit pas de renseignements.

La cystoscopie le 13 juillet 1913, très douloureuse, conclut à une cellule vésicale dans le haut de la vessie. Cystite du bas fond et du col.

On lui conseille de suivre son traitement général et d'aller à Evian.

Depuis va un peu mieux, mais mictions impérieuses et urines très purulentes.

Vu à Evian : Dégoût de boire et de manger.

Vers le 15 août, matières fécales visibles dans l'urine (pépin de raisin).

Le 30 août : nouvel examen montre une tuméfaction émergeante du pelvis à l'hypogastre. Douleur dans la fosse iliaque gauche. Rien dans l'ampoule rectale; mais à travers la paroi antérieure haute on sent une masse dure se continuant avec la masse perçue au palper. On porte le diagnostic de cancer sigmoïdien ouvert dans la vessie et on pratique une colostomie iliaque le 2 septembre 1913, celle-ci difficile d'ailleurs, le côlon ne se laisse pas mobiliser.

Après cette opération son état reste à peu près stationnaire jusqu'en janvier 1914, et empire à partir de cette époque.

Les douleurs vésicales et rectales se sont intensifiées et d'une façon continue, on n'obtient un certain calme qu'avec des suppositoires de morphine.

Les urines dont la purulence a augmenté renferment souvent du sang liquide ou en caillot.

Les émissions glaireuses du rectum 4 à 6 fois par jour sont en général sanguinolentes.

La température normale le matin monte jusqu'à 38°5 le soir.

L'appétit et les forces diminuent chaque jour; et les nausées sont assez fréquentes.

Cet état s'empire jusqu'à sa mort le 9 mars 1914.

Obs. 52. — LOUMEAU : (*Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 17 avril 1914, p. 209, et *Journ. de méd. de Bordeaux*, 26 avril 1914, p. 282.)

L'auteur rapporte l'observation d'un malade de 55 ans qui lui fut adressé le 23 juin 1913 pour une fistule vésico-intestinale, dont les débuts l'avaient surpris en pleine santé, sans douleurs préalables, ni gêne d'aucune sorte du côté des fonctions digestives ou urinaires. Ils étaient caractérisés par une hématurie abondante, continue, spontanément apparue le 14 mai précédent et compliquée au bout de 3 semaines de durée, de fécalurie et de pneumaturie avec suppression complète de toutes matières intestinales par l'anus. Très affaibli et sensiblement amaigri par cette

perte de sang, le patient rend par la verge à chaque miction une matière fécale épaisse d'un aspect si normal que joint à l'absence de tout renseignement positif décelable au toucher rectal et au palper abdominal, il permet de localiser le siège de la communication fistuleuse de la vessie et de l'intestin à la partie inférieure du côlon pelvien, région inaccessible à toutes les investigations pratiquées. Le malade ayant eu jadis la syphilis et notamment une gomme de la jambe guérie par le traitement spécifique, fut pendant plusieurs semaines soumis à une cure intensive par 2 injections intraveineuses de néo-salvarsan à 0,45 ctg, combiné avec du mercure et de l'iodure de potassium à hautes doses. Ce traitement eut pour résultat de provoquer au bout de 12 jours l'apparition du côté de l'anus de selles molles et sanguinolentes amenant une clarification notable des urines émises par le canal.

Mais l'éruption le 15 juillet d'un zona hémithoracique inférieur gauche confluent, indolent et apyrétique qui devait persister pendant 3 semaines, constituant un symptôme de sinistre présage relativement à la probabilité d'une tumeur maligne de l'intestin secondairement ouverte dans la vessie, une laparotomie médiane sous-ombilicale fut pratiquée en Trendelenburg le 21 juillet pour permettre avec certitude la précision du diagnostic et l'orientation d'une thérapeutique rationnelle.

Une tumeur dure ligneuse de volume d'une mandarine et emplissant le cul-de-sac de Douglas, unissait dans une masse fixe et solidement adhérente aux parois du bassin la partie inférieure du côlon pelvien à la face postérieure de la vessie. Aucune trace de péritonite, aucun épanchement péritonéal, mais aspect gaufré de la séreuse qui est rétractée et soudée au sommet de la tumeur, laquelle est évidemment un squirrhe recto-sigmoïdien centralement ramolli et ulcéré du côté de la vessie.

Un anus iliaque gauche et éperon fut pratiqué pour être ultérieurement ouvert et thermocautère et la plaie hypogastrique fermée, sans drainage, par 3 plans de suture qui assurèrent la guérison par première intention. Par l'orifice supérieur de l'anus artificiel, M. Loumeau vit apparaître le 3 août un long polype intestinal cylindrique, large de 7 mm. sur 3 cm. de longueur, à extrémité terminale renflée en forme de phallus imperforé, polype mixo-fibreux recouvert d'un épithélium à type intestinal des plus nets (Brandeis) et qui fut au-dessus d'une ligature

au catgut sectionné au thermocautère au ras de son implantation sur la muqueuse de l'intestin. Ce polype était-il unique dans le tube digestif? C'est ce que M. Loumeau ne peut pas dire, en tout cas, il n'en existait aucun autre appréciable par le toucher dans la cavité du rectum. Par ce même orifice supérieur de l'anus iliaque parfaitement continent, s'écoulèrent désormais toutes les matières fécales, dont nulle trace ne se fit plus jour par le canal. Dès lors, grand soulagement physique et moral pour le malade qui urina dorénavant partie par la verge, plus encore par l'orifice inférieur de l'anus anormal et en quantité bien plus abondante par l'anus naturel. De cette manière peut être partiellement reprise la vie active du sujet et retardée de plusieurs mois l'apparition d'une cystite douloureuse qui tortura les derniers jours seulement de l'opéré, emporté doucement le 7 avril 1914 sans aucun autre symptôme physique ou fonctionnel imputable à sa tumeur pelvienne, par les progrès de la cachexie cancéreuse qui ne vient compliquer ni infection urinaire ascendante ni rectite attribuable à l'écoulement de l'urine par le rectum.

Obs. 53. — CUNNINGHAM : (*Surg. gynec. and obs.*, t. XXI, 1915. p. 510-518.)

Jeune fille de trente-neuf ans, toujours en bonne santé, sauf des périodes occasionnelles de constipation.

Le 3 février 1915, ne se sentait pas bien, et le jour suivant remarqua le passage des gaz par l'urètre pendant la miction. Le lendemain la malade a rendu des gaz et quelques matières fécales mélangées à l'urine. Dr Eldridge fut appelé et constata la présence dans les urines de matières fécales, beaucoup de sang et un peu de pus.

Un laxatif augmenta la quantité des matières dans les urines. Le 13 février, je fis un examen.

Malade petite, mais normalement constituée. A travers la paroi abdominale on pouvait palper un utérus fibromateux, irrégulier, de taille considérable; l'examen bimanuel confirmait mieux ce diagnostic.

Le proctoscope révèle l'ouverture d'une fistule à 40 cm. de l'anus.

Examen cystoscopique montre l'orifice fistuleux de la vessie à peu près 5 cm. au dessus et légèrement à gauche de l'orifice urétéral gauche. Cette petite zone irrégulière, légèrement élevée et indurée de taille d'une pièce de 0 fr. 25 ne paraissait pas un

sessile de carcinome; le reste de la muqueuse vésicale était atteint d'une cystite aiguë.

Une solution de bleu de méthylène injectée dans la vessie fut trouvée dans le recto-sigmoïde à un point précis au-dessus du bout du proctoscope.

Opération le 19 février : incision médiane sous-ombilicale (la malade en position de Trendelenburg). On trouve le sigmoïde roulé autour du côté gauche d'une masse fibromateuse et adhérent à la face postérieure de la vessie; à peu près à cinq cm. à gauche de la ligne médiane. Les adhérences unissaient le sigmoïde, l'utérus et la vessie. Une hystérectomie fut d'abord pratiquée. L'utérus avait irrégulièrement la taille d'une grosse orange avec de nombreux fibromes.

L'union intestino-vésicale pouvait alors être plus soigneusement examinée : on constate une masse dure comprenant la moitié antérieure de la circonférence du sigmoïde légèrement dilaté et se continuant à la paroi postérieure de la vessie; l'infiltration plus intense à la paroi intestinale qu'à la paroi vésicale.

On pratique une cystectomie partielle à deux centimètres au-delà de la surface indurée et on suture la paroi vésicale en deux plans au catgut. Le sigmoïde est éventré alors librement, on le resèque cinq centimètres à peu près au-delà de la masse avec une partie du mésentère en V et on fait une anastomose. Pas de nodules palpables dans le mésentère ni le pelvis.

Un drain est placé sur la surface anastomotique à travers une petite ouverture latérale. La plaie abdominale fut fermée et une sonde vésicale mise à demeure.

Examen pathologique de la pièce montra un adéno-carcinome du sigmoïde et de la vessie, à point de départ sigmoïdien.

La malade fit une convalescence normale sauf une légère infection dans la partie supérieure de la plaie. Le drain fut enlevé le troisième jour et depuis lors, les intestins ont fonctionné normalement ou à l'aide d'une médication quotidienne.

La malade quitta l'hôpital après vingt jours, en excellente condition; sauf persistance d'une légère cystite.

Obs. 54. — BRYAN : (*Ann. of surg.*, 1916, t. LXIII, p. 353-364).

W. C. B., âgé de 48 ans, charpentier, marié, 2 enfants bien portants, une sœur morte du cancer et une autre de la tuberculose. Fièvre typhoïde à 18 ans, blennorrhagie à 23 ans, pneumonie à 38 ans, aucune histoire de syphilis.

La maladie actuelle a débuté il y a deux ans par une douleur très violente dans la région iliaque gauche, particulièrement pendant les périodes de constipation; de telle sorte que le malade a pris l'habitude de se purger constamment pour améliorer son mal. Mais les accès se produisant au début avec deux à trois mois d'intervalle, se sont rapprochés de plus en plus et récemment ce laps de temps est réduit à deux et trois semaines.

Depuis des années, les selles sont rubanées, malgré l'usage des drastiques.

En octobre 1914, le malade constata le passage des gaz dans les urines provoquant une sensation de brûlure légère. Cette anomalie s'accroissant peu à peu, le malade a noté récemment qu'en plus des gaz, il sort des particules dures et noires par l'urètre.

Il y a douze ans, il avait présenté une crise analogue à celle-ci, et son médecin avait fait le diagnostic d'un calcul vésical ayant perforé cet organe et passé dans l'intestin. Le malade a été toujours un grand buveur et fumeur.

A l'examen on est en présence d'un homme un peu anémié, mais il pèse cent cinquante livres. Le ventre proéminent et le thorax rentrant (signe d'une ptose évidente des intestins). La peau est flasque et pâle.

Dans la fosse iliaque gauche la palpation réveille une douleur et fait sentir une tumeur de grosseur d'un œuf et franchement mobile.

La cystoscopie n'est pas satisfaisante à cause de grosses quantités de mucus et débris qui flottent dans la vessie; on constate néanmoins une zone obscure au sommet de la vessie. La réaction de Bordet-Wassermann est très positive. Les urines contiennent beaucoup de pus, pas de sang, pas de cristaux. Pas de bacilles de Koch.

Dans les matières fécales on trouve des trichomonas.

Examen fonctionnel des reins montre une élimination au bout de neuf minutes et 20 % pour la première heure, 12 % pour la seconde, total 32 %.

Globules rouges dans le sang 4.104.000, globules blancs 10.000.

Examen aux rayons X, montre après le lavement opaque, un énorme sigmoïde, mais aucune communication entre cet organe et la vessie n'est perçue.

Le 6 mars, une laparotomie est pratiquée; on trouve le sigmoïde fixé au sommet de la vessie par un trajet fistuleux d'environ un centimètre de longueur. Ce trajet fut disséqué, l'orifice vésical fut brûlé à l'acide carbonique et alcool et enfoui. Le diverticule de Meckel normal d'environ 7 cm. de long, mais pris dans le foyer d'adhérence fut détaché de la fistule avec son extrémité libre se dirigeant en haut, on ne le touche pas. L'intestin grêle est également disséqué soigneusement.

L'orifice fistuleux et nécrotique du sigmoïde libéré, et ses bords taillés à l'emporte-pièce aux dépens du bord mésentérique furent réunis avec du catgut et renforcé avec du lin.

Le drainage et sonde à demeure vésicale pendant trois jours; le malade alla bien pendant cinq jours, mais mourut le 11 mars 1915 d'une rétention d'urine.

Obs. 55. — ROWLANDS : (*Proc. of the roy. soc. of med. Surg. Procl.*, 1919-20, t. XIII, v. 3, p. 77.)

Homme de 40 ans. Crises de pelvi-péritonite supposées d'origine appendiculaire quatre ans avant son entrée; apparition d'une fistule vésico-colique que l'on avait mise sur le compte d'un cancer inopérable du côlon. Malade cachectique. Laparotomie. La fistule siégeait sur la partie moyenne du côlon pelvien et rejoignait le côté gauche de la vessie. Fermeture des brèches vésicales et coliques par invagination. Adhérences nombreuses, avec foyers purulents disséminés. Mort par pelvi-péritonite et péricardite une semaine plus tard. On n'avait pas découvert de diverticule à l'opération; mais, après la mort, on en reconnut plusieurs dans la lumière de l'intestin.

Obs. 56. — ROGER et GRAVES : (*J. of Urol.*, 1921, v. 5, n° 2, p. 140.)

Un tailleur canadien, marié, âgé de 64 ans, entre à l'hôpital le 11 août 1920, en se plaignant de douleurs dans le dos, urine trouble et pneumaturie.

Maladies d'enfance, et il y a 15 ans a souffert de « rhumatismes », douleurs intermittentes des bras et des jambes, les articulations n'ont pas été affectées.

Il y a longtemps a souffert d'une douleur suprapubienne, associée à un ténésme rectal; et pas de symptôme urinaires à cette époque. Il y a 8 ans a présenté un lumbago marqué par une raideur dans la région lombaire qui a duré 2-3 mois.

Bonne santé, cependant est atteint d'une constipation chronique, 18 mois avant son admission a fait une grippe assez sérieuse, et au bout de 3 semaines, malgré l'avis contraire du médecin, commença à travailler et « prit froid ». A partir de ce moment les mictions sont devenues fréquentes, et il avait la sensation de ne pas vider entièrement sa vessie. Pas de dysurie mais mictions suivies d'une sensation désagréable dans le pénis. Les urines troubles, mais pas de sang. Le contrôle vésical n'a montré aucun défaut et son médecin lui a fait des lavages de vessie, jusqu'au jour où est apparu la pneumaturie. Le malade se plaignait également de douleurs occasionnelles dans le dos, plus marquées dans la région lombaire. 6 semaines après le début des signes vésicaux, le testicule droit devint gros, rouge, douloureux. Ces symptômes aigus se sont vite améliorés, mais le testicule ne redevint normal qu'après 2 mois. Au bout de 4 mois, il consulta un urologiste qui après la cystoscopie porta le diagnostic d'une infection chronique urinaire à colibacille.

Les signes urinaires (pollakiurie, urine trouble et pneumaturie) étaient entrecoupés par des périodes occasionnelles d'amélioration; un exercice physique excessif ou un coup de froid avaient pour effet de précipiter les attaques.

L'appétit et le sommeil étaient bons, mais il se fatiguait facilement, et a perdu 10 livres dans les derniers 18 mois; cette perte de poids n'a pas été progressive.

A l'examen : le malade de bonne apparence, plutôt obèse, température, pouls et respiration normaux.

L'abdomen gras, gêne la palpation, cependant pas de contracture musculaire, et pas de masse. Le bord hépatique à peine palpable, on ne sent ni les reins, ni la rate. Une sensibilité peu accentuée au niveau de la région costo-vertébrale gauche, et une sensibilité bien définie au niveau de la pointe de la 12^e côte droite.

L'urine trouble, acide, poids spécifique 1,008, peu de traces d'albumine, pas de sucre, mais nombreuses cellules de pus.

Dans le sang : globules blancs, 13.000.

La cystoscopie révèle : une légère cystite. L'urine de l'uretère droit contient du pus, et la culture donne des coli-bacilles. Devant cette évidence de l'infection chronique et sans aucun autre signe démontrable d'une autre maladie on entreprend le lavage du bassinnet droit, qui améliore l'état du malade. Les

urines s'éclaircissent et la pneumaturie diminue sans disparaître. Mais quelques semaines plus tard, après un coup de froid, les urines deviennent troubles par la présence du pus, et la pneumaturie fréquente.

Aussitôt que son état le permit on fit une radio du côlon par le lavement baryté, qui montra une lésion de la partie basse du sigmoïde. Le baryum passa dans l'urine peu de temps après.

Une nouvelle cystoscopie montra sur la ligne médiane en arrière près du dôme vésical une ouverture à l'emporte pièce.

On l'opère, et on trouve la diverticulite du sigmoïde, celui-ci adhérent à la vessie. La séparation des deux organes montre un trajet fistuleux communicant.

Obs. 57. — ROGER et GRAVES : (*J. Of. Urol.*, 1921, v. 5, n° 2, p. 140.)

Un ingénieur américain, marié, âgé de 67 ans, entre à l'hôpital le 13 juillet 1920, avec l'histoire suivante :

Pas très fort physiquement. Maladies de l'enfance (diphthérie et scarlatine). Erysipèle et pneumonie typhique il y a très longtemps. Enfin malaria à l'âge de 28 ans.

Périodes occasionnelles de palpitations et dyspnée d'effort. D'autre part toujours constipé, mais depuis quelque temps la fonction intestinale est normale.

Il y a quelques mois consulta un médecin pour l'amaigrissement, sans diagnostic.

Il y a 3 semaines constata que ses urines étaient brunes et troubles et contenaient des flocons bruns qui lui ont fait l'impression de sang coagulé. En même temps une brûlure de l'urètre à la fin de la miction mais momentanée.

Légère pollakiurie et quelques mictions impérieuses.

Enfin les bulles d'air ont pris issue par l'urètre au moment de la miction.

Pendant une seule journée a eu des douleurs dans le dos et région lombaire inférieure.

Pas de fièvre, pas d'urine résiduelle, ni de sang, ni gêne de miction.

L'appétit et le sommeil normaux, pourtant il se plaint de perte des forces et l'amaigrissement de 18 livres dans un an. (Il pèse 115 livres.)

L'examen ne montre aucun signe remarquable. La température, le pouls et la respiration normaux. Le bord hépatique et

le pôle inférieur du rein droit sont palpables, et pas d'autres signes.

Urine : jaune, trouble, acide, poids spécifique 1,008; quelques traces d'albumine, pas de sucre, nombreuses cellules de pus, phénol-sulfone-phtaléine, 35 % en 2 heures.

Dans le sang, hémoglobine 80 %, globules blancs 22.000, B.W. négatif.

Cystoscopie : montre une cystite marquée. Au niveau de la ligne médiane postérieure, au-dessus du trigone un aréa discret, rougeâtre, d'apparence inégale, surélevé et de nature apparemment inflammatoire.

L'urine de la vessie et celle de l'uretère droit contiennent du pus, et la culture donne des colibacilles.

L'étude au R. X. et pyélographie sans résultat.

Croyant à l'existence d'une infection chronique on a commencé des lavages, sans grande amélioration, et il s'en suivit une période prolongée de fièvre et plusieurs jours de diarrhée.

Les urines toujours troubles, on a continué les lavages de vessie.

Le malade a fait quelques progrès mais ne prenait pas de forces; la fièvre persistait toujours.

Les urines sont devenues tellement troubles que leur apparence et leur odeur ressemblent à celles des matières fécales.

On a refait une cystoscopie mais non satisfaisante.

Radio du côlon par le lavement baryté : montre une irrégularité bien définie au niveau de la portion basse du sigmoïde, avec le diagnostic de fistule sigmoïdo-vésicale due à un carcinome ou à une diverticulite. Le baryum apparut dans l'urine au bout de quelques heures.

On l'opère et on trouve au niveau du sigmoïde bas un processus inflammatoire chronique, et la diverticulite, adhérence sigmoïdo-vésicale et communication entre les deux organes.

Obs. 58. — CHUTE : (*Bost. Med. and Surg. J.*, 1921, t. 184, n° 5, p. 118.)

Femme de 66 ans, vue en 1914, constipée depuis des années, 3 semaines avant ma visite a pris une forte dose d'huile de ricin à la suite de laquelle a eu des douleurs vésicales, des brûlures pendant la miction, ainsi que le passage de gaz par l'urètre. Comme preuve a mangé quelques figues et les pépins ont apparu dans l'urine.

La cystoscopie montre une petite ouverture à la partie inférieure de la paroi gauche de la vessie, dans laquelle on pouvait introduire une sonde sur une longueur de 4 cm. et qui donnait issue de temps en temps à des matières fécales.

La malade refusa l'opération et est morte en 1915, probablement à cause de quelques maladies inhérentes qu'on disait être l'intoxication septique et l'artério-sclérose.

Obs. 59. — DOGGETT: (*Bost. med. and Surg. J.*, 1921, t. CLXXXV, n° 1, p. 22.)

En décembre 1894, j'ai vu pour la première fois un homme maigre, anémique, faible de complexion, âgé de 27 ans et marié, sans aucune manifestation tuberculeuse, ni de maladies vénériennes. Il avait une diarrhée chronique depuis 15 ans avec des périodes de constipation.

Dans ces dernières années il avait par moment des symptômes plus accusés, douleurs et sensibilité plus marquées. Habituellement les crises duraient quelques jours et l'empêchaient de continuer son travail.

Actuellement crises plus fortes, douleurs au niveau de la partie terminale de l'intestin. Pollakiurie et envies impérieuses d'uriner ainsi que du ténesme vésical.

Un purgatif avait fait évacuer quelques selles aqueuses mélangées à des masses fécales dures en même temps que beaucoup de gaz. Pas de vomissement, mais température 38°5, pouls 90, 1 ou 2 frissons.

A la palpation on sentait une masse dure, allongée transversalement dans le bas ventre, et s'étendant de 2 cm. 5 de chaque côté de la ligne médiane. Pas de douleur appendiculaire, ni dans la fosse iliaque gauche. Le cathétérisme vésical retira environ 50 à 60 cc. d'urine, pas de défense musculaire ni de tympanisme.

L'association de la fièvre et des frissons aux signes locaux ont fait songer à la possibilité d'un abcès en formation, cependant aucune fluctuation décelable à l'examen abdominal ni au toucher rectal. Durant les 2 semaines qui suivirent la température était à 39°5, pouls à 108.

Des lavements et purgatifs plus actifs ont évacué des matières fécales en grande abondance, sans diminution notable de la masse.

Graduellement les symptômes disparurent, et il travailla la

plupart du temps, mais avec les anciens symptômes d'alternative de diarrhée et de constipation.

Le 10 août, je fus appelé de nouveau, et ai trouvé les mêmes symptômes qu'avant, mais le pouls et la température normaux. La masse dure à la même place était plus étendue. Le 17 août on note l'émission de gaz par l'urètre et bientôt de matières fécales. Il n'y avait donc aucun doute sur l'existence d'une fistule vésico-intestinale.

Je l'ai envoyé à Boston City Hospital, où il resta 4 jours et le chirurgien lui dit que rien ne pouvait être fait pour lui.

A ce moment les urines avaient diminué de quantité et le passage des matières fécales dans ces dernières était douloureux.

Le 5 septembre, la température était à 40° et le pouls à 115. Les douleurs abdominales plus fortes.

En consultation avec un autre médecin nous avons porté le diagnostic d'une fistule entre le côlon et la vessie, mais du fait qu'une partie de la tumeur était à droite de la ligne médiane, il était possible qu'il y ait une communication entre l'iléon et la vessie, et cette masse dure et épaisse était probablement formée en partie du tissu infiltré résultant de l'inflammation du mois de décembre précédent, et que probablement de vieux fragments de scybales étaient inclus dans la masse. L'état du malade écartait l'idée d'une tumeur maligne.

Le 8 septembre, je l'ai envoyé à Massachussets Général Hospital et une laparotomie exploratrice fut faite le 27 septembre où on trouva une masse derrière la vessie, débordant davantage à droite, 9 cm. de longueur, 5 cm. d'épaisseur et 7 cm. 5 de largeur assez ferme et irrégulière avec des ganglions mésentériques.

L'opération ne fut pas envisagée, il s'agissait d'une masse occupant la partie basse du sigmoïde et haute du rectum.

Pas d'examen histologique.

J'ai revu le malade le 5 novembre tout à fait désespéré, car le chirurgien ayant pensé au cancer l'avait renvoyé.

Les symptômes sus décrits augmentaient d'intensité, mais il n'y avait pas de fièvre. Douleur et ténésme au passage de l'urine mélangée aux matières fécales. La quantité d'urine passée par l'urètre était fortement diminuée; et l'examen des selles a montré qu'une grande quantité d'urine passait à travers la fistule dans l'intestin. Tous les 2-3 jours, des purgatifs, des lave-

ments, et quelques massages de la partie inférieure de l'intestin produisaient des évacuations du liquide contenant des masses dures de matières fécales.

Il a vécu ainsi pendant 5 ans avec l'emploi des hautes doses de morphine.

En mars 1900 était dans un état lamentable, son poids était passé de 103 livres à 75 livres. La tumeur abdominale examinée après évacuation de l'intestin n'avait pas augmenté de volume : il n'avait ni fièvre, ni frissons.

A la fin de cette année, je l'ai fait entrer dans un autre hôpital, où il a subi une colostomie iliaque, et aussitôt après les signes de fistule ont disparu, il n'y avait plus aucune douleur, et on a abandonné l'emploi de morphine.

L'appétit et les forces revinrent ainsi que le poids.

En été 1901, il pesait 125 livres et était capable de travailler.

En 1902, le même chirurgien l'examina en vue d'une autre intervention, le malade se portait tellement bien qu'on a renoncé à l'idée d'une opération radicale.

En 1921, à l'âge de 54 ans, se porte parfaitement bien, il a travaillé souvent, il déclare que sa colostomie a été très peu gênante. Quelques constipations occasionnelles; son poids est à 133 livres, il n'a aucun trouble intestinal ni vésical.

Obs. 60. — **Lionel NORBURY** : (*Proc. of the Roy. soc. of med.*, 1921-22, t. XV, v. 3, p. 44.)

J. B., homme de 57 ans, admis à l'hôpital en fin juin 1920, avec le passage des gaz et matières par l'urètre. Il a été déjà examiné par d'autres médecins et on avait fait le diagnostic du cancer inopérable du côlon englobant la vessie, et qu'aucune intervention ne pouvait être tentée.

On trouve à l'examen un bloc dans la fosse iliaque gauche; on avait essayé le cystoscopie, mais sans résultat, car l'urine trop épaisse.

Laparotomie exploratrice : large masse inflammatoire dans le pelvis à gauche, comprenant le côlon pelvien et la vessie.

On porte le diagnostic de diverticulite perforée, et on pratique une cystoscopie supra-pubienne pour le drainage de la vessie, et une colostomie transverse.

Admis à l'hôpital à nouveau le 23 mai 1921 : colostomie fonctionnant bien, et pas de cystite.

A la sigmoïdoscopie on trouve le côlon pelvien trop étroit et sténosé, donc l'impossibilité de supprimer la colostomie.

Obs. 61. — LIONEL NORBURY : (*Proc. of the Roy. soc. of med.*, 1921-1922, t. XV, v. 3, p. 44.)

W. H..., homme de 62 ans, atteint de constipation depuis plusieurs années. Une semaine avant son entrée à l'hôpital a senti « quelque chose de relâché » suivant son explication.

Ce symptôme de rupture interne en quelque sorte fut suivi de l'orchi-épididymite droite et le patient commença à rendre des gaz et matières par l'urètre.

A l'examen, bon état général, on a senti une masse dans la région hypogastrique qui a disparu après un lavement. Le malade refusa l'opération.

Etat considéré comme une diverticulite perforée.

Obs. 62. — GARNET WRIGHT : (*Proc. of the roy. soc. of med.*, *Section of surgery*, Londres, 1922.)

Homme de 45 ans, souffrant depuis des années de rétention d'urine nécessitant des cathétérismes quotidiens. Trois semaines avant son entrée, il est pris de douleurs, fièvre, diarrhée, vomissements et, trois jours avant son entrée, les matières commencent à passer dans les urines ainsi qu'à des gaz à la fin de la miction. Pouls à 80. Ventre un peu distendu, mais ni douloureux, ni contracturé. Prostate dure. Pas d'orifice visible dans le rectum. Diagnostic : fistule vésico-colique probablement consécutive à une infection gonococcique de la vessie.

Les lavages de vessie n'amenant aucune amélioration, on opère le 30 octobre 1911. Incision sus-pubienne. On trouve un appendice épiploïque du sigmoïde adhérent à la face postérieure de la vessie, très bas dans le pelvis. L'adhérence est disséquée et l'on trouve au milieu d'elle le trajet fistuleux entre la vessie et le côlon. Fermeture des ouvertures coliques et vésicales par une double rangée de sutures, celle de la vessie étant particulièrement difficile. Convalescence mouvementée. Les sutures vésicales cèdent, laissant passer les urines par la plaie et la fistule se reproduit.

Après cicatrisation de la plaie, nouvelle intervention. Nouvelle suture de la vessie et de l'anse sigmoïde. Mais, pour éviter la reproduction de la fistule, due probablement à la proximité des deux sutures, on fixe l'anse sigmoïde malade à la fosse iliaque

gauche par plusieurs points de suture. Guérison. Malade revu quelques années plus tard en bon état.

Obs. 63. — HARTMANN : (*J. des prat.*, 19 juin 1923, n° 26, p. 419.)

Un homme âgé de 71 ans souffre depuis plusieurs mois de troubles intestinaux, il a présenté des selles liquides, et il y a 4 mois s'est aperçu de la présence de sang rouge dans les selles. Il se plaint également de besoins fréquents d'uriner mais surtout il a remarqué depuis environ 15 jours que ses urines sont peu abondantes et grisâtres : elles déposent sur le bord de la cuvette une matière ressemblant, dit-il, à du grès écrasé, et à la fin de la miction se produit un bruit particulier, faisant penser immédiatement à la sortie d'un mélange de gaz et de liquide, ce malade présente de la pneumaturie. Quand on regarde ses urines, on voit qu'elles présentent un dépôt abondant brun, ressemblant à de la matière fécale. Il faudra les vérifier par l'examen microscopique, en recherchant la présence des débris alimentaires. Il est bien probable que ce sont des matières fécales qui passent dans la vessie, et cependant il n'y a pas de phénomènes de cystite. Il souffre peu. Il urine peut-être un peu plus fréquemment.

Il dit se rappeler avoir eu du sang dans ses matières il y a 4 mois, c'est-à-dire avant l'apparition des symptômes vésicaux. Par conséquent, avant son histoire urinaire qui actuellement occupe le premier plan, il avait des phénomènes du côté de l'intestin, de selles liquides, parfois 10 par jour, des envies fréquentes d'aller à la selle et du sang dans les matières. Il a probablement un néoplasme de la partie terminale de l'intestin; s'étant ouvert dans la vessie, par le fait que le néoplasme a envahi la vessie.

A l'examen radiologique, en injectant un lavement bismuthé sur le malade en décubitus dorsal, on arrive au remplissage progressif de l'ampoule rectale. Malgré une pression de 1 mètre de hauteur, il n'y a aucun passage plus haut. Par conséquent il y a un rétrécissement au-dessus de l'ampoule rectale. Au bout de 10 minutes, en augmentant la pression, on devine une trainée de bismuth au niveau de la fosse iliaque gauche. On obtient une image lacunaire caractérisée par une injection irrégulière de l'anse sigmoïde. Il y a donc un néoplasme recto-sigmoïdien.

M. Gouverneur a fait une cystoscopie, a constaté des urines très troubles, laissant déposer des fragments de matières brunâtres, marron ou noir, qui tombent au fond du vase. Le lavage

de la vessie (difficile) était fait, et le cystoscope étant à 1 h., donc regardant en haut et un peu à gauche, on aperçoit un trou noirâtre, à peu près arrondi, de la taille d'une grosse lentille, entouré par la muqueuse vésicale rouge et dans le fond duquel on aperçoit des matières brunâtres. Les orifices urétéraux sont normaux.

Cet examen cystoscopique montre donc l'existence d'un orifice de communication entre la vessie et l'intestin.

Par conséquent on se trouve en présence d'un carcinome de la région recto-sigmoïdienne, ouvert dans la partie latérale gauche de la vessie, et donnant lieu d'une part à la présence de ces dépôts que l'on voit dans l'urine, qui ne sont autre chose que des matières intestinales, d'autre part à cette pneumaturie, à cette émission de gaz survenant à la fin de chaque miction sous forme d'un bouillonnement assez spécial.

Obs. 64. — LEGUEU : (*Journal d'urologie*, 1923, t. XV, p. 474-477).

Il s'agit d'un homme de 39 ans, Tunisien, qui, depuis neuf mois, présentait des gaz et des matières par la vessie; le tout venu spontanément, sans cause connue, et bientôt des hémorroïdes inflammatoires s'étaient réalisées : orchépididymite, poussée de fièvre. Le malade avait été envoyé en France au bout d'un certain temps, et notre collègue Jeambrau, qui l'avait vu, avait rédigé une consultation à ce sujet, conseillant une cystostomie, et au besoin une opération abdominale; mais, trouvant préférable de ne pas pratiquer cette opération au moment où on lui envoyait le malade, en décembre 1920, en plein hiver.

Le malade retourna dans son pays et ne me revint que longtemps après en 1922, avec une fistule donnant des matières en quantité par la vessie et avec un état général très mauvais; le teint jaune, une azotémie assez élevée à 0,65.

Je cherchais à préciser le siège de la fistule par l'examen microscopique et par la cystoscopie.

L'examen radioscopique au moyen d'un lavement de bismuth dans le gros intestin montre ceci :

Il y a dilatation considérable de l'ombre rectale au-dessus d'un rétrécissement correspondant au niveau de la fistule avec diverticule se rapprochant de la vessie. Ensuite le gros intestin est tout entier normal et le cæcum absolument libre.

Il résulte donc de cet examen que la fistule, sans aucun

doute, siégeait dans le gros intestin, dans la partie la plus basse de l'anse sigmoïde.

La cystoscopie montrait d'ailleurs, à la partie supérieure et gauche de la vessie, un orifice large, entouré de bulles d'œdème, de villosités inflammatoires sans caractère particulier.

Dans ces conditions, je ne voyais chez ce malade aucun signe de cancer et je me demandais s'il n'y avait pas ici une sigmoïdite ouverte spontanément dans la vessie.

C'est alors que je me décidais à tenter la libération de l'anse sigmoïde et de la vessie par voie abdominale, malgré les conditions défectueuses dans lesquelles il se trouvait. L'opération eut lieu le 8 mars 1922 : je fis la laparotomie et reconnus l'S iliaque adhérente à la face postérieure de la vessie par une surface large comme le creux de la main. Le reste du cul-de-sac est libre, et je puis même faire le tour de la fistule avec le doigt et passer en dessous d'elle.

J'estime cependant que la libération des deux orifices va entraîner un traumatisme assez grave; or, nous sommes à une très grande profondeur de la paroi abdominale, toute extériorisation est impossible, et je juge à ce moment qu'il est dangereux de faire la libération de la fistule sans avoir, au préalable, fait la dérivation des matières par un anus contre nature.

Alors je referme le ventre, et pratique sur l'S iliaque un anus temporaire.

Le malade se remit naturellement de cette opération; il resta quelques mois à ma disposition en très bon état. Vite les matières et les gaz cessèrent de passer par la vessie; son état général s'améliora beaucoup et le malade put rentrer chez lui en bon état et attendre là l'opération seconde qui sera un jour nécessaire, s'il ne s'agit pas de cancer.

Obs. 65. — H. BLANC et M. NEGRO: (*J. d'urol.*, juin 1925, t. XIX, n° 6, p. 513-520.)

Tav..., trente-sept ans, ménagère, entre le 26 décembre 1923 pour des douleurs dans la région sacrée et des phénomènes de cystite. Ceux-ci existent depuis cinq mois. Elle urine actuellement sept à huit fois par jour et trois fois dans la nuit. Les urines sont troubles et assez colorées. La malade n'a jamais présenté d'hématurie. Les reins ne sont pas perçus, ni douloureux à la palpation, ou spontanément.

La malade, notablement amaigrie, est traitée depuis plu-

sieurs années pour la syphilis. L'année dernière elle a eu un abcès froid thoracique de nature mal déterminée.

Elle attire notre attention sur un symptôme important : depuis environ six mois, elle émet des gaz par l'urètre, et parfois des grumeaux purulents et noirâtres.

Nous pratiquons une cystoscopie, le cystoscope est refoulé à droite et en haut, et on constate dans la région urétérale gauche et au-dessus un œdème considérable qui empêche tout diagnostic précis.

Au toucher vaginal, il existe une masse latérale gauche adhérente au plancher vésical. Cette masse se prolonge en bas et en arrière sous forme d'une induration latéro-vaginale. Au toucher rectal, on trouve à gauche une saillie conique antérieure paraissant faire corps avec la vessie.

Nous pratiquons une cystoscopie en deux temps. La vessie remplie avec une solution de bromure de sodium à 10 %. Lorsque l'on commence à injecter le liquide, la malade ne peut le retenir et urine à travers la sonde. En insistant on peut injecter 240 cc. du liquide sans que la malade éprouve un besoin intense d'uriner et elle éprouve par contre le besoin d'aller à la selle. On prend à ce moment un premier cliché cystographique, immédiatement après la vessie est complètement vidée avec la sonde, malgré la vacuité de la vessie la malade persiste à éprouver le besoin d'aller à la selle. La sonde vésicale étant alors retirée, on prend un second cliché cystographique. Aussitôt après, la malade évacue par le rectum le liquide bromuré. (A noter qu'à la suite de l'injection de ce liquide la malade n'a éprouvé aucun phénomène du côté de la vessie ni du rectum.)

Si on examine les deux clichés cystographiques, on voit sur le premier une vessie non régulière, grossièrement piriforme avec un bord droit presque rectiligne. La base allongée transversalement à contours nettement limités. La partie supérieure s'allonge sous forme d'un cône déjeté à gauche et présente deux petites fusées, l'une supérieure nettement arrondie; l'autre, inférieure, d'aspect frangé.

Du bord inférieur de la vessie part une ombre régulièrement arrondie, qu'on dirait exister sur un autre plan.

Sur le deuxième cliché, la vessie vide, on ne voit plus trace de la vessie qui est seulement représentée par la stagnation d'un

peu de liquide qui apparaît sous forme d'une barre transversale opaque à la partie inférieure.

Par contre, on aperçoit nettement un boyau présentant quatre courbures de calibre à peu près régulier. Les parties supérieure et inférieure de ce boyau, qui n'est autre que le rectum rempli du liquide opaque, correspondent aux deux proéminences signalées sur le premier cliché. Les contours du rectum sont parfaitement nets depuis l'anus jusqu'à l'anse sigmoïde. Il s'agit donc bien d'une fistule vésico-intestinale et nous pensons vraisemblablement à un néoplasme intestinal ouvert dans la vessie. Mais en présence de la spécificité de cette femme, nous jugeons plus prudent, pour éliminer une lésion syphilitique possible, de faire un traitement.

Il faut noter que la malade, dont le début de la syphilis remonte à 1918, avait reçu déjà quatre séries de douze piqûres de biiodure de mercure à 0 gr. 01, plus deux séries de néosalvarsen qui ont rendu le Bordet-Wasserman négatif. Enfin, elle a reçu en 1923 quinze piqûres de muthanol; et, à ce moment-là, la réaction de Bordet-Wasserman donnait H 5. Nous faisons alors de nouvelles séries de bi-iodure de mercure. La malade ressent d'abord une amélioration de l'état général; ses urines paraissent devenir plus claires (elle prend de l'urotropine), elle dit même que la pneumaturie diminue et devient intermittente; il persiste d'ailleurs des phénomènes de cystite. Nous avons donc l'espoir qu'il peut s'agir d'une lésion syphilitique et nous pratiquons une seconde cystographie en deux temps. L'aspect du cystogramme a considérablement varié. Il semble qu'on puisse suivre sur le cliché l'amélioration qui s'est manifestée cliniquement. De l'image rectale primitive, il ne reste qu'un petit trajet très réduit dont on semble voir le point d'abouchement dans la vessie.

A la cystoscopie, l'œdème paraît avoir diminué. Il persiste au niveau de la paroi supéro-latérale gauche, des plis et circonvolutions cérébriformes avec végétations fongueuses au milieu desquelles se trouve une dépression dont on aperçoit le fond et qui doit être le point d'origine de la fistule.

Considérant que nous sommes sur la voie de la guérison, nous envoyons la malade à la campagne pour trois mois, afin de remonter complètement son état général et nous lui prescrivons : sirop de Gibert et de l'élixir Deret.

Au début d'octobre 1924, la malade revient nous voir; elle est complètement transformée; elle a engraisé de plusieurs kilogs, présente une urine superbe et nous dit sa joie de n'avoir plus aucun symptôme vésical. Elle n'a plus de phénomènes de cystite, ni de pneumaturie; ses urines sont claires, paraît-il.

Au toucher vaginal, la masse latérale perçue autrefois n'existe plus; par contre, la malade nous signale que depuis quelque temps elle présente un petit abcès au niveau d'une côte. A l'examen, nous trouvons une tumeur gommeuse fistulisée, de la grosseur d'une prune.

Nous pratiquons une nouvelle cystoscopie.

La vessie a augmenté considérablement de capacité et permet un examen plus approfondi. Au niveau de la paroi supéro-latérale gauche on aperçoit encore l'œdème bulleux; nous pratiquons encore une troisième cystographie en deux temps, et cette fois elle est entièrement négative: aucune partie du liquide n'est passée par le rectum qui est invisible sur le cliché; la vessie a repris à peu près sa forme normale; le diagnostic de syphilis vésicale est ainsi confirmé pour le plus grand bonheur de la malade. Nous l'envoyons à l'hôpital Saint-Louis suivre un traitement bismuthique.

Nous venons de revoir la malade, six mois après, avec un très bon état général, ne présentant plus de phénomènes vésicaux. La cystoscopie que nous avons faite nous a montré à l'endroit où siégeait auparavant la fistule une dépression de la paroi vésicale dont les bords sont irréguliers par résorption des bourgeons inflammatoires que nous avions constatés autrefois.

Obs. 66. — SCHOCKAERT; (*Brux. méd.*, 1925-1926. v. I, p. 104.)

Il s'agit d'une dame habitant l'Angleterre depuis longtemps et ayant passé la cinquantaine.

Une seule grossesse normale avec accouchement spontané. Vers la trentaine, la dame a présenté une rupture de grossesse tubaire à droite qui a nécessité l'opération. Les suites opératoires ont été mauvaises puisqu'il y a eu de la suppuration et que la malade a dû séjourner à la clinique pendant six mois. Bien plus, quelques jours après l'intervention il s'est produit une fistule intestino-vésicale donnant lieu à l'évacuation par la vessie de matières fécales et de gaz, d'où cystite et érythème vulvaire accentuant encore la pénible infirmité de la malade.

Je ne saurai dire quelle a été la cause de la fistule; est-ce la

suppuration qui a fait communiquer l'intestin avec la vessie ou bien y a-t-il eu perforation des deux parois par le fil de catgut ? Il m'est impossible de répondre à cette question.

La malade a consulté un grand nombre de médecins, et des plus notables, de Londres; 14 reculaient devant l'opération, deux ou trois la conseillaient. On comprend aisément la perplexité de la patiente; acceptant l'avis de la grande majorité anti-interventionniste, elle a enduré sa grande infirmité pendant une vingtaine d'années et se résignant à son triste sort.

Amené il y a trois ans à examiner la malade rentrée en Belgique, je constate que la vulve est souillée de matières fécales dont l'aspect et l'odeur dénotent l'origine colique, et que parfois des gaz passent avec bruit par l'urètre.

La cystoscopie pratiquée par l'assistant du service d'urologie de l'hôpital de Louvain, permet de voir une fistule étroite au bas-fond de la vessie, près de l'embouchure de l'uretère droit. Muqueuse vésicale peu ou pas altérée.

Je propose l'opération qui est acceptée avec empressement.

Anesthésie rachidienne.

A l'ouverture de l'abdomen, je constate, après avoir libéré de multiples adhérences épiploïques, que l'on a pratiqué l'hystérectomie subtotal. Au fond du cul-de-sac vésico-rectal, je trouve à droite l'S iliaque adhérent à la vessie sur une certaine étendue; je détache ces adhérences jusqu'au moment où je tombe sur un trajet fistuleux long d'un demi-centimètre réunissant l'S iliaque à la vessie et par lequel, en exprimant l'intestin, je peux faire passer des gaz dans la vessie. Que faire ? Le traitement clinique de la fistule, c'est-à-dire l'excision du trajet fistuleux et la fermeture des brèches vésicale et intestinale était le traitement de choix; et pourtant, malgré une certaine expérience des cas compliqués, j'ai eu peur ! D'une part, la situation de la fistule près de l'embouchure de l'uretère et la difficulté qu'il y aurait de suturer la vessie au fond du bassin; d'autre part, un réel danger de péritonite résultant de l'ouverture de l'S iliaque, m'ont fait reculer devant l'excision du trajet fistuleux. Voici le raisonnement que je me suis fait à ce moment. En ligaturant fortement le trajet fistuleux par un fil de soie, l'épithélium se nécrosera au niveau de la ligature et un travail de cicatrisation fermera le canal de part et d'autre. Au moyen d'une aiguille de Deschamps, je passe donc un fil de soie sous le

trajet fistuleux et le lie solidement. Toutefois, pour éviter qu'un défaut de fermeture éventuel ne donne lieu à quelque suintement qui aurait pu entraîner une péritonite, j'enfouis la ligature sous un surjet réunissant tout autour d'elle l'S iliaque et la vessie.

Je dois avouer que je n'étais pas très content de mon procédé opératoire par trop simpliste et que j'attendais anxieusement ce qui allait se passer. Et pourtant, le résultat espéré par le chirurgien et surtout par le malade a été pleinement atteint. Les suites opératoires ont été absolument normales et la patiente n'a plus été incommodée par l'arrivée bien désagréable dans la vessie de matières fécales et gaz sonores. Voilà trois ans que l'opération a été pratiquée et que le résultat heureux se maintient, rien ne me fait craindre la reprise de l'infirmité.

Obs. 67. — I. W. KEEFE : (*Bost. med. and surg. J.*, 1926, t. CXCIV, p. 577.)

Homme de 40 ans, tendance à l'obésité, fut obligé de quitter son travail un jour en mars 1912 à la suite d'une attaque douloureuse dans le bas-ventre, sans nausées ni vomissements.

Douleurs atténuées momentanément par le repos. Sont redevenues violentes à la suite d'absorption d'une dose d'huile de ricin. Il consulte alors un médecin qui porte le diagnostic de l'inflammation. Le patient garde le lit pendant trois jours et reprend son travail.

Le 8 septembre 1912, il commence à se plaindre de douleurs localisées à la fosse iliaque gauche et on le traite avec des pilules, etc... Parfois se sentant mieux et travaillant d'une façon irrégulière, mais sentait une gêne dans le quadrant inférieur gauche de l'abdomen et il consulte un chirurgien qui trouve une tumeur et me l'envoie le 28 septembre. A ce moment-là il transpirait beaucoup la nuit, la température 38°, le pouls 96. On sentait une masse molle à la pression dans la fosse iliaque gauche probablement d'origine diverticulaire du colon pelvien.

L'opération le 22 septembre 1912 : on ouvre un abcès de pus malodorant, on le draine. Le drainage dure 8 semaines, pendant lesquelles de temps à autre de petites quantités de fèces sortent par la plaie.

Pendant deux ans, après cette opération, on l'a réouvert plusieurs fois. La décharge était du pus et des matières fécales. Après cette époque la plaie fut complètement cicatrisée, il reprit

son poids normal et se remit à travailler. J'ai senti une masse dans cette région et lui ai conseillé son ablation, mais se sentant bien, il n'a plus voulu s'en occuper.

Le 1^{er} août 1916 des douleurs vésicales et vers le 20 août l'apparition de la pneumaturie.

Je le vis le 6 septembre, son urine contenait du pus et des matières. La cystoscopie a révélé une petite ouverture dans la vessie communiquant avec le côlon pelvien.

L'endroit de l'ancienne opération était rouge et enflammé.

Une colostomie fut faite le 7 septembre 1916 et ultérieurement; l'opération radicale le 18 janvier 1917, après la protection et l'isolement soignés de la colostomie et la plaie béante et suppurante de la région iliaque gauche.

Laparotomie médiane sus-pubienne jusqu'à 5 cm. au-dessus de l'ombilic.

On ouvre la cavité péritonéale et on trouve une masse composée de tout le sigmoïde porteur de nombreux diverticules, quelques portions d'épiploon et des dépôts inflammatoires. On sépare la masse de la vessie et on coupe la fistule sigmoïdo-vésicale en travers.

Le sigmoïde malade est séparé avec d'énormes difficultés des parties avoisinantes, les adhérences sont péniblement dissociées. On excise le sigmoïde malade.

Vu la longueur de l'intestin enlevé il est impossible de pratiquer une anastomose bout à bout. Ainsi le malade aura les désavantages de la colostomie.

On excise ensuite l'orifice fistuleux de la vessie et on ferme la brèche au catgut. On fixe en terminant le péritoine par-dessus la suture vésicale.

Sonde à demeure vésicale pour une semaine mais lavage de vessie pendant plusieurs semaines.

Le malade revu deux ans après est en excellente santé.

Obs. 68. — CHAUVIN; (cité par BONNET in *Marseille Méd.*, 1926, t. II, p. 1.466.)

Il s'agit d'un homme jeune (32 ans à peine) entré le 15 septembre 1924 à l'Hôtel-Dieu, pour des phénomènes de cystite grave. Depuis quelques jours seulement, les mictions sont devenues fréquentes, impérieuses, et s'accompagnent de très vives douleurs. Les urines sont fétides, troubles et donnent un dépôt

abondant dont l'odeur et l'aspect font immédiatement songer à des matières fécales. A diverses reprises des gaz en petites quantités se sont échappés de la vessie au moment de la miction. Cette pneumaturie, dont nous n'avons jamais pu être témoin, est bien décrite par le malade, et ne paraît pas pouvoir être mise en doute.

D'emblée, le diagnostic de fistule vésico-intestinale se présente à notre esprit. Il ne reste qu'à le confirmer.

Le 3 janvier 1925, un lavement au bleu de méthylène passé dans le rectum, colore les urines en bleu intense. Ceci nous permet de conclure; bien que quelques jours plus tard, un lavement opaque ait montré à l'examen radioscopique une ampoule rectale normale et n'ait révélé aucun trajet visible entre l'intestin et la vessie. Du bismuth, d'ailleurs passé dans la vessie, fut retrouvé dans les urines aux mictions suivantes.

Testicules et épидидymes étaient normaux, les reins et les uretères non perceptibles et non douloureux, la prostate sans particularité.

La cystoscopie ne donnait aucun renseignement; il fut absolument impossible d'éclaircir le contenu vésical. Au toucher rectal, on trouvait au bout du doigt une masse dure, située à gauche de la ligne médiane qui se révélait au bîpalper; irrégulière, bosselée, du volume d'une mandarine. Les parois du rectum, sur toute la hauteur accessible, étaient normales. L'examen rectoscopique ne révéla non plus rien d'anormal.

Fistule au-dessus du rectum, par conséquent, fistule du gros intestin, puisque le lavement passe dans la vessie; fistule probablement sigmoïdienne, en raison du siège de la masse perçue au toucher rectal. Il ne restait plus qu'à préciser la nature de la lésion causale.

Dans les antécédents du malade, deux choses nous ont frappés : une histoire de bacillose ancienne, et des désordres intestinaux récents; plusieurs abcès froids cervicaux s'étaient fistulisés dans l'enfance et avaient laissé des cicatrices visibles. Une bronchite tenace en 1918 avait duré plusieurs mois; on trouvait à l'auscultation une induration nette des deux sommets.

Depuis un an, étaient apparues des coliques survenant d'ordinaire 2 heures après le repas, régulièrement pendant des périodes de 8 à 15 jours, séparées par des périodes d'accalmie. Pendant les crises, sensation de strictions, de torsions avec gargouil-

lements; après la crise, diarrhée abondante; dans l'intervalle des crises, constipation opiniâtre. En un mot, tous les signes de l'occlusion intestinale chronique.

En présence de ce tableau, n'était-on pas en droit de penser à une tuberculose intestinale? D'autant plus que l'état général était mauvais, que le malade avait maigri de 4 kg., que sa température s'élevait le soir au-dessus de 38° et qu'il s'agissait d'un sujet jeune, âgé de 32 ans.

Intervention le 17 janvier 1925 par Chauvin.

Laparotomie médiane sous rachianesthésie à la syncaïne (12 centigr.). La valve de Doyen était dressée, l'intestin rabattu, on trouve l'S iliaque ratatiné et fixé dans la fosse iliaque gauche par une volumineuse masse ganglionnaire. A la partie moyenne de l'anse intestinale, une plaque indurée des dimensions d'une ancienne pièce de 5 fr. et adhérente à la vessie à gauche de son pôle supérieur.

L'adhérence se fait à plat, sur une surface très limitée et l'accolement est absolument comparable à ce que donnerait une cysto-sigmoïdostomie latérale. Le décollement vésico-intestinal serait donc possible et la fermeture de la vessie relativement aisée. Mais la fermeture de la brèche intestinale serait impossible, et la résection de l'anse intestinale s'annonce comme impraticable par les adhérences étroites entre la masse ganglionnaire plaquée à la fosse iliaque, hautement infectée et probablement ramollie.

On dut se contenter d'un anus de dérivation au-dessus de la fistule : il fut même particulièrement malaisé d'amener à la paroi l'anse intestinale petite et plaquée à la paroi postérieure par des adhérences compactes.

Les suites opératoires furent normales; et le malade sortait le 25 février, porteur de son anus. Les urines malheureusement ne s'éclaircirent pas et une cachexie rapidement progressive emportait le sujet sans que l'on ait pu songer à pratiquer en un second temps la cure définitive.

Dans ce cas toute l'histoire clinique dirigeait le diagnostic vers une tuberculose intestinale. A l'opération, on s'est trouvé indéniablement en présence d'un cancer iliaque. Si la vérification biopsique fit défaut, l'aspect de lésion ne laissait aucun doute.

Obs. 69. — GORDON CRAIG : (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1927, t. XXXIV, p. 753-756.)

Mme M. B..., âgée de 51 ans, mariée, entre à l'hôpital le 2 novembre 1924 pour le passage de gaz dans les urines, depuis six mois.

Les urines déposent un sédiment considérable.

Elle n'a ni douleurs, ni pollakiurie, ni hématurie.

Ménopause depuis cinq ans. L'appétit est bon. Les selles sont normales et régulières.

Il y a dix ans, a fait pendant deux ans plusieurs crises abdominales, dont une a duré trois semaines; crises faisant penser à une appendicite. Aucun autre antécédent.

Le 19 novembre 1924, l'examen des urines montre la présence du pus avec quelques hématies et des cellules épithéliales. Pas de cylindres, ni sucre, ni albumine.

La cystoscopie montre des placards de muco-pus adhérents à la muqueuse vésicale en différents endroits. Les uretères sont cathétersés sans difficulté jusqu'au bassin, il n'y a aucun obstacle, et la séparation des urines montre le fonctionnement normal des reins.

La radiographie simple et la pyélographie n'ont montré rien d'anormal.

La sigmoïdoscopie ne montre pas de communication colo-vésicale.

Le 4 novembre 1925, nouveaux examens.

La cystoscopie montre à 1 cm. 1/2 en arrière de l'orifice urétéral droit, une petite ouverture dans laquelle on a pu introduire facilement deux sondes opaques. On injecte ensuite 60 cc. d'une solution d'iodure de sodium à 12 1/2 % par la sonde; et aussitôt la malade sent le besoin d'aller à la selle et évacue des selles liquides. Une radiographie montre que les sondes ont pénétré dans le sigmoïde; et l'iodure de sodium montre clairement la forme de la lumière intestinale.

Le diagnostic de la fistule colo-vésicale affirmé, on procède à l'opération le 12 novembre 1925.

Incision hypogastrique; on tombe sur une masse d'adhérence iléo-cæco-appendico-sigmoïdo-vésicale. On sépare les adhérences et on constate dans le bassin que la vessie et le sigmoïde adhèrent entre eux et avec les deux dernières anses de l'iléon à une distance de quinze centimètres du cæcum. Uné autre anse grêle,

venant de plus haut, prend part aux adhérences. On libère aux ciseaux; on invagine l'orifice du sigmoïde aussi bien que celui de la vessie. En suivant les adhérences, on trouve que l'extrémité libre de l'appendice est collée au cæcum entre la vessie et le sigmoïde ainsi qu'une petite partie du grêle.

On fait une appendicectomie, et on péritonise les surfaces de séparation du grêle; on ferme le ventre en laissant un drain dans le fond du Douglas.

Les lésions étaient causées par une perforation appendiculaire suivie d'abcès et aboutissant à une fistule vésico-sigmoïdienne.

La malade, revue le 6 juillet 1926. Les symptômes ont complètement disparu; les urines contiennent encore quelques débris, mais pas de pus ni de dépôts.

Obs. 70. — BALLIN : (*Am. J. of surg.*, février 1927, t. II, p. 130-141.)

G.-P. C..., homme de 50 ans, vient me voir le 17 mars 1918. Il se plaint d'une gêne abdominale existant depuis toujours. Six semaines avant ma visite, il a eu deux crises de douleurs abdominales sévères, et depuis lors, les gaz partent par l'urètre.

La cystoscopie montre la cystite et peut-être un ulcère à la partie supérieure gauche de la vessie.

La radio suggère une tumeur sigmoïdienne.

Je l'ai opéré le 22 mars 1918.

Laparotomie sous-ombilicale de 15 cm. à travers le bord externe du grand droit gauche. Le sigmoïde est adhérent à l'extrémité du tiers moyen jusqu'à l'angle extérieur gauche de la vessie par un processus ulcératif perforant les deux organes. L'ulcération ne paraît pas être de nature cancéreuse; elle a l'aspect plutôt d'un ulcère plat perforant. La vessie et le sigmoïde sont facilement séparables et leur contenu n'échappe pas. La perforation de la taille d'une aiguille de couturière. L'ulcération vésicale excisée et suturée par une rangée de sutures sous-muqueuse et par une rangée double à suture de Lembert.

L'orific sigmoïdien étant localisé à la partie mobile, résection avec anastomose paraît impraticable. Il est par conséquent suturé et renforcé par deux bandes grasseuses.

Drainage, guérison complète.

Examen histologique de l'ulcère enlevé, montre sa nature inflammatoire et non néoplasique.

Obs. 71. — R. MAILER: (*Amer. Jour. of Surg.*, février 1927, p. 142.)
p. 142.)

Un clergyman de 48 ans arrive à la Mayo Clinic le 8 décembre 1920, aucun antécédent pathologique. Il y a 8 mois, après une période de 3 semaines de douleurs péritonéales très vives, eut une décharge purulente et sanglante par l'urètre et fut soulagé. Depuis cette époque, pneumaturie et fécalurie, traitées par des lavages au nitrate d'argent, sans grande amélioration.

A l'examen, état floride. Pas d'amaigrissement. Exploration rénale négative. La radio du côlon montre un défaut de remplissage du sigmoïde avec de nombreux diverticules. La cystoscopie montre une image de cystite diffuse. Les orifices urétéraux sont normaux, mais il existe une ouverture irrégulière dans le dôme vésical.

Intervention le 16 décembre : incision médiane sous-ombilicale. Le diagnostic de diverticulite ouverte dans la vessie est confirmé. Les deux organes sont séparés. La fistule sur la vessie est fermée par deux sutures en bourse au catgut chromé. La masse inflammatoire du sigmoïde est libérée : 18 cm. d'intestin sont réséqués. Une anastomose bout à bout est réalisée. L'appendice est extériorisé par une petite incision droite et une petite sonde est introduite dans sa lumière. Une sonde à demeure est laissée dans la vessie. Guérison rapide. Le 22^e jour, le malade rentre chez lui.

Deux ans après, revient à la clinique avec une tumeur des bourses et une fistule stercorale. Castration unilatérale, épidi-dymectomie du côté opposé pour tuberculose.

Examen de la tumeur intestinale : Macroscopiquement aspect de diverticulite. Muqueuse saine. Très grosse hypertrophie des parois intestinales portant sur la sous-séreuse surtout. A l'examen microscopique : nodules tuberculeux typiques dans la sous-séreuse avec follicules nombreux de cellules géantes.

Obs. 72. — CHEVASSU : (*in thèse Ghouila Hourri*, 1927, Obs. 38.)

M. H..., 29 ans.

Envoyée par le Dr Braun à M. le Dr Chevassu, avec le diagnostic de fistule recto-vésicale.

Elle a eu depuis 17 ans des lésions anales et rectales bacil-

laïres, lesquelles ont progressivement transformé sa région anale en un véritable clapier.

En avril 1926 a été opérée à Broca où on a essayé d'extirper toutes ses lésions péri-anales. Elle présentait malheureusement au niveau de l'ampoule des ulcérations étendues pour lesquelles on lui fit dans le service du Dr Bensaude des séances de diathermie.

Pleurésie non ponctionnée. Bronchites fréquentes l'hiver. Fièvre muqueuse. Très anémique, réglée à 12 ans, irrégulières ou retard, peu abondantes, douloureuses. Pertes blanches très abondantes. Pas de fausse couche.

Un frère tué pendant la guerre, une sœur morte à 4 ans de méningite. Frère vivant actuellement : scoliose. Père vieux tousseur, mort des poumons. Mère également sujette aux bronchites. Synovite de la radiocarpienne opérée à Lisieux en 1923.

En septembre 1926 consulte à Broca pour de la pneumaturie et pour des émissions intermittentes de rubans de matières fécales par son urètre. Ces matières et gaz sont accompagnés de phénomènes de cystite. Pollakiurie; douleur à la fin de la miction, douleurs vésicales, urines troubles, rien du côté du vagin.

Cystoscopie le 1^{er} décembre 1926.

Capacité vésicale 300 cc. Vessie rouge, au niveau de la face antérieure. A l'union du bas fond et de la face postérieure, un peu à droite de la ligne médiane, on voit des plis profonds, allant de gauche à droite et convergeant vers une zone obscure, irrégulière, bordée par des lèvres en saillie; ce doit être la région de la fistule:

Les orifices urétéraux dont le droit est le plus rapproché de cette zone semblent normaux.

2 décembre 1926, M. Chevassu :

Sonde 14 passe dans la fente n° 2 et pénètre à 4 cm. Elle retire un liquide d'aspect urinaire trouble. Impossible de rien sentir par le toucher rectal : sténose anale.

Aux poumons : sommet droit, craquement, souffle expiratoire léger. Sommet gauche : craquements, râles ronflants. Cœur normal, urée sanguine 0,41.

Radioscopie, radiographie, après injection de la vessie puis du rectum au collargol, montrent un trajet fistuleux vésico-coli-

que. On ne peut voir quels sont les rapports de cette fistule avec l'utérus.

Le 17 décembre 1926, suture par voie transvésicale.

Suites opératoires : poulx bon, normal, sonde coudée à demeure.

Le 19 décembre 1926 température élevée. Faciès pâle, fatigué. On maintient la malade constipée.

Le 31 décembre 1926 : douleurs brusques de tout le membre inférieur surtout au pied, au mollet et au pli inguinal, irradiant à tout le membre. Douleur lancinante. Mouvements spontanés douloureux. Douleur à la palpation.

Examen : palpation douloureuse. Mouvements douloureux. Pas d'œdème. Le 5 janvier 1927 : matières fécales viennent à la sonde à demeure au moment du lavage vaginal. Lavage à l'eau distillée. Au cours d'une défécation, les matières passent dans la vessie et en ressortent par la sonde.

Le 9 janvier, urine et eau de lavage plus propres.

Le 11 janvier, cystoscopie : dans le fond de la vessie on aperçoit un trou. La suture n'a pas tenu intégralement, mais le deuxième plan paraît avoir tenu.

Le 25 janvier : ablation de la sonde hypogastrique. La malade urine immédiatement par l'urètre. Le 3 février, température 38,5. La malade à ce moment souffre de contractions vésicales.

Le 8 février, cystoscopie montre la zone de suture entre les deux orifices urétéraux.

On continue les lavages de vessie d'abord au nitrate d'argent, et après des instillations d'huile goménolée qu'elle garde pendant 2 heures, la malade ne souffre plus.

Le 10 février elle pèse 50 kg. 200 (le 13 décembre elle pesait 49 kg. 700).

Dès ce jour on commence une série de 12 piqûres de cacydylate de soude. Le 14 février bon état général, elle ne souffre pas. Miction 3 ou 4 fois le jour, 1 fois la nuit. Urine claire, aucune douleur à la miction.

Radio du 14 février pour l'état de son gros intestin, la malade a pris un repas à la baryte.

A l'orthodiagramme : vessie vide et vessie pleine.

On constate dans la fosse iliaque gauche à 3 cm. de la ligne médiane, à 5 cm. au-dessus d'une ligne joignant les épaules

iliaques antéro-supérieure un étranglement de l'anse sigmoïde et qui paraît fixé par des adhérences.

En résumé : malade qui a fait des accidents bacillaires au niveau de son gros intestin, probablement au point de départ génital. Etablissement d'une fistule vésico-sigmoïdienne qui a été fermée simplement par la voie transvésicale.

Malade revue en novembre 1927, état général est considérablement amélioré. Elle a engraisé et se dit bien portante. Les urines sont claires, mais la malade ressent de temps en temps de légères douleurs vésicales, une cystoscopie faite, montre un petit calcul gros somme une lentille. L'examen montre qu'il a été constitué de matière fécale.

Obs. 73. — VESEEN : (*J. of. urol.* 1928, t. XX, p. 598-603.)

L. M..., âgé de 46 ans, marié, admis à l'hôpital Saint-Luke le 13 mars 1926, niant tout antécédent vénérien. Fume beaucoup et consomme modérément d'alcool. Pèse 63 kg. 500. Il a eu un abcès rectal à l'âge de 21 ans, qui a nécessité deux drainages pendant un an. Il y a quelques années a eu plusieurs crises de constipation avec des stries de sang dans les selles.

Antécédents familiaux normaux.

Il a présenté l'année dernière plusieurs attaques de douleurs dans la fosse iliaque gauche avec constipation et augmentation lente de fréquence d'uriner, ainsi qu'une brûlure du méat à la fin de la miction. Ces attaques n'étaient pas très sévères jusqu'au 5 mars (huit jours avant son entrée) où il a eu un frisson vers 2 heures du matin, suivi de douleurs sous forme de crampes à la fosse iliaque gauche; irradiant vers le pénis et l'anus. Il devint très constipé et ses rares matières étaient striées de sang. Il a noté également une grande quantité de gaz, mais pas de signes urinaires.

A l'examen : homme maigre, cœur et poumons normaux; rigidité modérée de la partie basse de l'abdomen et surtout au-dessus de la symphyse pubienne à gauche de la ligne médiane un endroit où la pression faible provoquait une sensibilité considérable et un notable gargouillement.

Le toucher rectal négatif.

Examen des urines : traces d'albumine, pas de sucre; microscopiquement : pus, hématies et quelquefois de cylindres hyalins.

Bordet Wassermann négatif. Globules blancs 15.600. Température 39°.

À son admission la pollakiurie était assez prononcée, les mictions de 30 à 120 cc. et de 2 à 3 heures d'intervalle. La douleur persistait également.

Le 14 mars, à 11 heures du soir, a eu une miction de 150 cc. et les douleurs ont cessé complètement. La température tomba à 37°5 et le lendemain elle était normale. Cette dernière urine était fécaloïde, de couleur orangée et sédiments épais, contenant du pus, du sang, des bactéries (colibacilles) et matières fécales. On a trouvé aussi du sang dans ses selles. Le chiffre des globules blancs est tombé à 11.000. Malgré l'amélioration de la pollakiurie, les urines ultérieures étaient fécaloïdes et contenaient des dépôts.

Le malade n'a jamais eu de pneumaturie. Il est évident qu'il était atteint d'une fistule de l'intestin bas avec la vessie.

Deux jours plus tard, un lavement baryté montra plusieurs diverticules dans le gros intestin au niveau de la vessie. Aucune trace indiquant la malignité et pas de rétrécissement au-dessus des diverticules.

Le 19 mars, la cystoscopie révéla une légère cystite généralisée et on a pu voir, à la partie supérieure de la vessie, à gauche de la ligne médiane, une masse de granulations et d'œdème. On a introduit une sonde urétérale et on a injecté du lipiodol, tout cela sans résultat. Le baryum ne fut pas trouvé dans la vessie, la cystographie montra une irrégularité au niveau de la marge supérieure.

Le 22 mars les urines plus claires, mais déposant un dépôt de pus.

Opération le 29 mars : Incision médiane sous-ombilicale. Après avoir écarté l'intestin grêle, on trouva le sigmoïde adhérent à la face postéro-supérieure de la vessie, correspondant à la trouvaille cystoscopique. On sépare soigneusement le sigmoïde de la vessie à l'aide des doigts et des compresses de gaz. La zone suspecte d'à peu près la grandeur d'une pièce de dix centimes fut minutieusement recherchée et l'on n'a trouvé aucun sinus communiquant soit avec la vessie, soit avec le sigmoïde. On recouvra les surfaces de séparation par deux couches de sutures de Lembert : une lame de caoutchouc entre les deux surfaces de

séparation et une sonde à demeure vésicale; celle-ci fut enlevée le troisième jour et la lame de caoutchouc le septième.

Le malade a repris facilement ses forces.

La cystoscopie le 20 avril ne montra rien d'anormal sauf une fossette au niveau de l'ancienne lésion.

Aucune douleur depuis ce temps-là, à part quelques constipations occasionnelles.

Obs. 74. — Inédite (Pr HARTMANN).

D. A... âgé de 43 ans, vient consulter le 8 octobre 1928 avec l'histoire suivante :

Il y a 1 an ses selles sont devenues glaireuses et sanguinolentes avec des crises très fréquentes d'aller à la selle, parfois la défécation des matières et d'autres fois il n'expulsait que quelques glaires sanguinolentes. Les matières normales et bien moulées. 6 mois après ce début son état général commença à s'altérer; il rentra alors à l'hôpital Necker et subit deux applications de radium. A partir de ce moment l'appétit diminua et il maigrit beaucoup, devint de plus en plus constipé; des matières fragmentées et aplaties, mais il n'y avait plus de sang depuis le radium.

Il y a trois semaines, il commença à avoir des douleurs à la fin de la miction avec urine sale et trouble, en même temps des accès de fièvre 38° jusqu'à 40° le soir. Puis douleurs dans le bas-ventre. Douleurs intestinales l'empêchant même de s'asseoir, mais se calmant par instant.

Le 1^{er} octobre a eu une hématurie, et le 6 octobre en prenant un bain de siège, en urinant, constata quelques bouillonnements.

L'examen : Au toucher rectal le canal est souple; ne présente aucune altération. A 2 ou 3 cm. au-dessus de l'orifice anal on sent que les parois du rectum sont infiltrées par une masse formant tumeur ferme, de forme irrégulière. La lumière de l'ampoule est diminuée, ce rétrécissement est progressif et il semble que le doigt ne puisse plus passer à environ 10 cm. de l'orifice anal. On ne peut pas mobiliser le rectum. Le toucher est absolument indolore et ne fait pas saigner.

Urine : très trouble, déposant un dépôt épais, jaune clair, d'odeur fécaloïde.

Cystoscopie. — Vessie très sale mais facile à nettoyer, de

capacité normale. Les parois supéro-latérales et le fond ont un aspect normal, un peu rouge.

Vers 5 heures on est arrêté par des masses bourgeonnantes, considérables, qui bouchent le champ cystoscopique. On doit, pour voir la région du trigone, abaisser fortement le malade et enfoncer l'instrument vers le fond de la vessie. Les uretères ne sont pas possibles à repérer au milieu des infractuosités et des plis bourgeonnants. En tout cas le bas-fond est dur et infiltré. Des placards très durs et de gros bourgeons saillants de chaque côté d'un sillon antéro-postérieur. On ne peut repérer aucun orifice.

Colostomie. — Le 12 octobre 1928, rachianesthésie. L'anuser iliaque par le procédé du pont cutané.

Le 23 octobre 1928. — On incise et draine un abcès pelvi-rectal supérieur.

Le malade est mort le 7 juillet 1929.

Obs. 75. — CHUTE (*J. of. urol.*: 1929, t. XXI, p. 13-21).

Homme de 50 ans, a eu une urétrite de longue durée il y a plusieurs années et qui a souffert longtemps d'une gêne vague, localisée à la partie basse gauche de l'abdomen, accompagnée de la pollakiurie. Il a supposé que ces symptômes étaient dus à une « stricture » consécutive à son urétrite.

Quelques semaines avant ma visite a eu une pollakiurie très intense avec des mictions douloureuses et a noté une douleur nette au niveau de la fosse iliaque gauche.

Une semaine environ avant de me voir, était pris au cours d'un voyage de courte durée et en chemin de fer, d'une miction impérieuse, mais incapable de vider sa vessie tout en ayant un ténisme marqué.

A son arrivée à destination, a été transporté dans un hôpital où a subi un cathétérisme et avec quelques difficultés on a obtenu à retirer un peu d'urine. Il a eu de la fièvre, la rapidité du pouls, des frissons et a uriné très peu pendant une semaine passée à l'hôpital.

A son entrée chez lui, est venu me voir. Après quelques tâtonnements, j'ai conclu que ce malade était atteint d'une diverticulite perforée dans la vessie et que son anurie apparente était due à ce fait que la vessie se vidait dans le sigmoïde à travers la fistule.

Je l'ai opéré et fermé la fistule, et ai ouvert et drainé une

suppuration périnéale profonde qui je suppose était causée par l'introduction d'instruments pour faire le diagnostic.

L'opéré a fait une convalescence lente, mais normale. Je l'ai revu il y a un an en bonne santé.

Obs. 76. — RIEDER : (*Beitr. Z. Klin. chir.* 1929, t. CXLVI, p. 536.)

Homme de 50 ans, présente depuis 10 ans des troubles périodiques d'envie fréquente d'uriner et difficulté de la miction. Peu avant les accès ou simultanément avec ceux-ci, il présente des troubles intestinaux : expulsion de mucosités, rarement du sang, ou seulement des gênes de défécation.

Plusieurs examens cliniques et radiologiques faits par des spécialistes, n'ont pas fixé un diagnostic précis et on a pensé à des hémorroïdes internes. Quelques jours avant son entrée, des douleurs violentes dans l'hypochondre gauche et arrêt complet des matières et des gaz. Deux jours plus tard évacuation des gaz par l'urètre accompagnée par des douleurs violentes.

Examen : Le malade n'a pas maigri ou tout au moins pas considérablement, l'abdomen est météorisé, très sensible à la pression, surtout la fosse iliaque gauche, où on sent une masse de grosseur de petite pomme située à la hauteur du pôle supérieur de la vessie.

Toucher rectal : confirme la présence de cette masse, mais il n'est pas possible de préciser nettement ses caractères et ses contours. A la pression de cette tumeur, le malade accuse des douleurs fortes, avec irradiation vésicale. La prostate est normale.

Les urines sont troubles et contiennent des colibacilles.

Cystoscopie : montre au-dessus de l'uretère gauche une dépression comme une tête d'épingle par laquelle on distingue nettement l'évacuation des bulles d'air, c'est sans aucun doute l'orifice fistuleux. Autour de cet orifice la muqueuse vésicale est rouge, inflammatoire.

On remplit la vessie par un liquide opaque mais impossible de faire pénétrer ce liquide dans le trajet fistuleux (contrôle radioscopique).

On porte le diagnostic d'iléus incomplet dû à une diverticulite ou un néoplasme avec perforation vésicale.

Laparotomie immédiate.

A l'ouverture de l'abdomen on trouve une tumeur inflammatoire de taille d'une petite pomme, siégeant au niveau du

sigmoïde et adhérent à la vessie. Au-dessus de la tumeur, tout le côlon est distendu par des gaz. Au-dessous on trouve une petite poche diverticuliforme du sigmoïde. Le caractère de la tumeur écarte nettement l'hypothèse du cancer.

On pratique un anus iliaque.

Lés jours suivants évacuation des gaz et matières par cet anus.

Le malade s'est rétabli rapidement. La tumeur diminue de plus en plus.

Six mois après il se porte bien, pas de pneumaturie.

On décidera prochainement la fermeture de l'anus artificiel.

Obs. 77. — RIEDER : (*Beitr. Z. Klin. chir.* 1929, t. CXLVI, p. 536.)

Ouvrier de 50 ans qui n'avait jamais été malade, sauf une ostéomyélite de la jambe droite.

Il a souffert un mois, avant son entrée, des douleurs vésicales sous forme de "picotements", rétention d'urine pendant 24 heures, suivie de l'incontinence (miction involontaire). En même temps les douleurs vésicales ont augmenté d'intensité.

Le médecin a fait le diagnostic d'un catarrhe vésical et a prescrit des tablettes et application de compresses. Selon les indications du médecin, les urines auraient été claires.

4 jours avant son entrée, présente subitement des coliques dans l'hypochondre gauche, et malgré les lavements répétés, l'on n'obtient aucune évacuation, ni de gaz, ni de matières. On nous envoie le malade. A son entrée, l'état général est bon, pas d'amaigrissement, température à 38°.

L'abdomen nettement météorisé, pas de bruits intestinaux. Au-dessus de la symphyse pubienne, on trouve une tumeur du volume d'un poing d'homme qui donne l'impression d'une vessie pleine et qui est douloureuse à la pression. Le cathétérisme ne retire qu'un résidu de 50 cc. et cependant le malade accuse des envies d'uriner; il essaye d'uriner étant debout et j'entends nettement l'évacuation des gaz par l'urètre.

Par l'interrogation, on apprend que le malade avait remarqué cette pneumaturie depuis quelque temps, mais ni le médecin, ni lui-même n'avaient attaché de l'importance à ce symptôme.

Le toucher rectal montre une prostate normale. Au-dessus de celle-ci, une grosse masse et qui pouvait avoir son siège au

niveau du sigmoïde; puisqu'il n'existe aucun symptôme du néoplasme, on fait le diagnostic de diverticulite perforée.

On remplit la vessie par jodipin en vue du contrôle radiologique, mais le liquide ne pénètre pas dans la fistule.

Cystoscopie : montre au-dessus de l'orifice urétéral droit une fistule (tête d'épingle) par laquelle s'échappent des bulles d'air. Autour de l'orifice fistuleux, la muqueuse est œdématisée.

Examen microscopique des urines montre de nombreux leucocytes et cellules épithéliales. La culture donne des colibacilles.

Laparotomie : On constate à l'ouverture que la gaine des droits est œdématisée. Après l'ouverture du péritoine, on trouve une grosse tumeur (tête d'enfant) entourée et couverte par des adhérences épiploïques, la tumeur siégeant au-dessus du pôle supérieur de la vessie et provenant du sigmoïde. Le point le plus élevé de la tumeur présente un abcès.

Les anses intestinales flatulentes par des gaz, aucun signe indiquant un néoplasme.

Anus iliaque, drainage de l'abcès et tamponnement. le malade supporte bien l'opération et se rétablit dans les semaines suivantes; prend du poids. La tumeur diminue.

Depuis cet anus artificiel, la pneumaturie et la fécalurie ont cessé complètement, mais pendant 3 semaines la sécrétion purulente est abondante par le drainage, il en sort même des matières fécales.

Pendant 4 semaines, le malade reste dans un bain continu: la plaie se nettoie peu à peu et l'état général va de mieux en mieux. Il augmente toujours de poids. Il revient dans le service, l'état général est toujours bon, la culture des urines est négative; pas de pneumaturie, formule sanguine est normale.

La radio montre une configuration normale du rectum. Le sigmoïde long et dévié à droite, se remplit normalement jusqu'à la hauteur de la vessie, où il existe un arrêt net comme on en trouve dans les tumeurs inflammatoires de l'intestin.

Une nouvelle cystoscopie montre que la muqueuse vésicale n'est pas œdémateuse, à la place de l'orifice de la fistule existe une saillie grosse comme une lentille qui a l'aspect d'une végétation typique.

Rectoscopie. — Le tube pénètre sur un trajet de 30 cm. : à ce

niveau on reconnaît dans le sigmoïde une zone ulcéreuse légèrement saignante.

On introduit le rectoscope par l'anus artificiel et on trouve à 10 cm. une formation épithéliomateuse et un peu plus profondément des végétations en chou-fleur, impossible d'introduire plus loin vers le rectum.

La biopsie montre un carcinome.

Pendant 14 jours dans le service le malade augmente de 2 kg. 500.

Deuxième laparotomie : montre que la partie de l'épiploon couvrant la tumeur est infiltrée par le néoplasme. Il est difficile d'extirper la tumeur parce qu'elle déchire l'intestin.

Mais on arrive à disséquer la tumeur en même temps que la partie supérieure de la vessie.

Le malade supporte bien l'opération, mais succombe 4 jours après d'une péritonite.

Obs. 78. — RIEDER : (*Beitr. Z. Klin. Chir.*, 1929, t. CXLVI, p. 536.)

Homme de 35 ans, qui n'a jamais présenté auparavant de troubles intestinaux, ni génito-urinaires. Au cours d'un voyage en bateau, présente subitement des douleurs intenses dans l'hypochondre gauche qu'il attribue à l'excès de boissons froides.

Un arrêt complet des gaz et matières pendant deux jours.

A ce moment-là, le médecin du bord lui donne un purgatif qui ne fait qu'augmenter les douleurs; le ventre devient ballonné.

Toucher rectal : provoque des douleurs violentes dans la vessie et provoque une évacuation de matières fécales par l'urètre.

Les jours suivants mauvais état général; pneumaturie intense; mais les douleurs abdominales cessent pendant ce temps-là et on le transporte à Hambourg.

A son entrée le syndrome occlusif avait disparu complètement, mais, pneumaturie et fécalurie persistaient toujours.

A l'examen, on constate à gauche de la vessie correspondant à la région sigmoïdienne, une sensibilité exagérée par la pression. Le palper profond dans cette région fait sentir une tumeur ronde à surface lisse, très douloureuse.

Cystoscopie montre une cystite nette et dans la partie supérieure de la vessie une petite dépression par laquelle s'échappent de temps en temps des bulles d'air.

La vessie remplie par le liquide opaque, mais impossible de faire pénétrer celui-ci dans le trajet fistuleux.

On commence par un traitement palliatif.

Le repos et le régime hydrique font disparaître les troubles dans quelques jours. La tumeur n'est plus palpable.

Une sonde à demeure vésicale prolongée arrête spontanément la pneumaturie et la fécalurie. Dans les matières pas de mucosité ni de sang.

Le malade augmente de poids.

On fait le diagnostic de fistule sigmoïdo-vésicale d'origine diverticulaire, mais on ne l'opère pas.

Malade revu quatre ans après, se porte bien sans aucun symptôme.

Obs. 79. — RIEDER : (*Beitr. Z. Klin. chir.* 1929, t. CXLVI, p. 536.)

Homme de 58 ans, appendicectomisé en 1906. Présente en 1916 des troubles attribués aux adhérences et nouvelle laparotomie qui montre très peu d'adhérence. A cette époque, le malade avait présenté une pollakiurie avec difficulté de miction, il évacuait très peu d'urine. Jamais de brûlure pendant la miction. Toutefois il accusait des troubles profus (pression, pesanteur), tantôt dans l'hypochondre gauche et tantôt dans l'hypochondre droit. Ces troubles périodiques disparaissaient parfois pour reparaître de nouveau.

Selles normales, jamais de sang, ni de mucus, pas de diarrhée. Ces troubles avaient fait penser à des adhérences.

Au cours de ces dernières années, les troubles vésicaux ont augmenté et surtout le malade accuse des douleurs sous forme de tiraillements dans la région vésicale.

L'urine trouble, d'après les dires du malade, depuis longtemps. Ces derniers jours, avant son entrée, avait présenté le ballonnement du ventre et avait pris de l'huile de ricin. Peu de temps après, ont apparus des douleurs violentes dans le bas-ventre qui se répétaient fréquemment, avec irradiation vésicale.

Pas de nausées, pas de vomissements; rétention des gaz et matières.

A son entrée, le malade très fatigué, température 38°5, pouls 120, l'abdomen n'est pas considérablement météorisé, il

est mou, douleurs vives à la palpation de l'hypochondre droit.

Légère défense musculaire.

Peu de bruits intestinaux.

On ne trouve aucune masse.

Dans l'urine évacuée spontanément, on trouve quelques leucocytes, de nombreux globules rouges et des cylindres hyalins.

Cystoscopie : montre un diverticule vésical gros comme une cerise dans le fond de la vessie. Rien d'autre à signaler, surtout pas de phénomènes inflammatoires.

Injection intra-veineuse du bleu 5 cc : le malade évacue par l'uretère droit après 5 minutes et par l'uretère gauche après 12 minutes. La sonde urétérale passe facilement dans le bassin droit, mais à gauche on a l'impression d'une résistance, on retire la sonde et on la réintroduit; cette fois, elle passe jusqu'au bassinnet.

A ce moment on fait une radiographie qui montre que la sonde gauche passe par une ombre de grosseur d'un petit pois et qui évoque l'impression d'un calcul urétéral.

Après quelques heures, l'état général s'altère, l'examen donne toujours le même résultat.

La langue devient sèche, on craint une péritonite et on décide l'intervention.

A l'ouverture du péritoine, il s'évacue des gaz, dans la profondeur on constate du pus jaune verdâtre.

Les anses grêles sont distendues avec dépôts fibrineux.

Dans le petit bassin, pas de matières fécales. La partie inférieure du sigmoïde adhère à la vessie. Au-dessus de cette partie accolée, existent plusieurs diverticules, gros chacun comme une cerise, et l'un d'entre eux est perforé.

De la perforation s'évacuent des matières fécales.

Après le décollement du sigmoïde de la vessie, qui d'ailleurs est intacte, l'on constate qu'au niveau de l'endroit des adhérences existe aussi un diverticule.

Suture de la perforation, lavage de l'abdomen, drainage et anus artificiel.

On pratique, 2 mois après, la résection du sigmoïde et un peu plus tard la fermeture de l'anus artificiel. Le malade se porte bien et travaille depuis 6 mois.

Obs. 80. — NEWTON F. : (*Arch. of Surg.*, 1929, t. XVIII, v. 2, p. 1339-1358.)

Homme marié, âgé de 67 ans, est atteint d'une constipation et a perdu l'appétit depuis plusieurs années. Le seul symptôme surajouté actuellement est la difficulté d'uriner.

Examen des selles est négatif.

La radio montre une communication entre le sigmoïde et la vessie,

Les urines sont sales et malodorantes. Phtaléïne 0,35 %.

Globules blancs dans le sang 33.000.

Bordet Wassermann est négatif.

Température est à 39°5.

On procède à l'intervention et on pratique :

1° Une colostomie;

2° La fermeture de la fistule vésicale et résection partielle du sigmoïde.

3° La fermeture de la colostomie.

Le malade fait de la cysto-pyérite et meurt deux ans après par l'infection urinaire.

Obs. 81. — NEWTON : (*Arch. of Sur.* 1929, t. XVIII, v. 2, p. 1339-1358.)

Homme marié de 64 ans, présente depuis longtemps de l'infection urinaire et est atteint d'une fistule vésico-sigmoïdienne.

Examen radiologique montre de multiples diverticules sigmoïdiens.

Examen de laboratoire révèle une grande quantité de pus dans l'urine et quelques traces d'albumine. Phtaléïne 0,55 %.

Hémoglobine 90 %. Globules blancs sanguins 11.200.

Température 37°5.

On fait une opération comprenant :

1° Une colostomie;

2° Résection du sigmoïde et de la fistule;

3° Fermeture de la colostomie.

Le malade mourut deux ans après, à la suite des troubles cardiaques et œdème pulmonaire.

Obs. 82. — DAVID : (*Ann. of Surg.*, octobre 1929, t. XC, n° 6, p. 1023.)

R..., âgé de 89 ans, consulte le Dr Kretschmer pour une pneumaturie et fécalurie datant de 25 ans. Il a une pollakiurie

nocturne et ses urines sont boueuses. Il est atteint en plus de fièvre de trois jours et accidentellement fait des frissons. Il a noté plusieurs fois la présence de sang dans ses matières.

Il y a 25 ans, sa pneumaturie et fécalurie ont succédé à un abcès périrectal qui s'est ouvert spontanément.

La cystoscopie montre des matières dans les urines et une fistule à la partie supérieure gauche du quadrant supérieur gauche de la vessie qui semblait être contiguë avec l'intestin.

La fluoroscopie du côlon montre de nombreux diverticules et le défaut de remplissage à la partie inférieure de l'anse sigmoïde sur une longueur de 2 cm.

On trouve également divers diverticules le long du côlon descendant et dans l'anse splénique.

Etant donné l'âge du malade et la chronicité de la maladie et l'absence de symptômes progressifs, on a décidé de remettre le traitement opératoire.

Obs. 83. — DAVID : (*Ann. of Surg.*, oct. 1929, t. XC, n° 6, p. 1024.)

M. R..., 50 ans, voit le Dr Krestchmer pour une constipation progressive ayant nécessité l'usage des drastiques. Depuis trois mois a de la flatulence et des douleurs sous forme de crampes dans le bas-ventre. Depuis deux semaines, une douleur intense sus-pubienne. Pas de sang dans les selles, aucun signe urinaire. A l'examen, on note la sensibilité et la contracture des muscles de la région sus-pubienne et d'autre part des borborygmes dans le côlon.

Examen rectal, montre une masse dans le cul-de-sac en dehors du rectum. La prostate est normale.

Cystoscopie montre une saillie dans la vessie, mais extravésicale.

Opération le 1^{er} octobre 1926, par le Dr Kretschmer. Incision médiane, ouverture du péritoine: on trouve un intestin dilaté et adhérent à la paroi postérieure de la vessie. On ferme le péritoine et on ouvre la vessie; on remarque une zone rouge, lisse, d'environ 6 cm. de diamètre.

La pression sur la masse extravésicale fait sourdre dans la vessie une quantité de pus au niveau de cette zone par un petit orifice gros comme une tête d'épingle.

On me demande de voir le malade pendant l'opération et

nous avons pensé qu'il s'agissait de la rupture d'un diverticule dans la vessie. Le drainage sus-pubien.

Le 4 octobre 1926, l'intestin a une mobilité normale, l'abdomen est souple, au-dessus de la prostate le doigt touche une masse arrondie.

Le 16 novembre 1926, la pneumaturie, le malade a une température basse. L'ouverture sus-pubienne est fermée et il rentre chez lui.

Le 1^{er} février 1927, il revient avec des brûlures au moment de la miction, pneumaturie, fécalurie et des caillots de sang dans les urines. La température est toujours basse, mais il a maigri.

La masse dans le cul-de-sac est plus grosse et plus dure.

La fluoroscopie du côlon montre le défaut du remplissage du recto-sigmoïdè.

Iodure de sodium dans la vessie passe par l'intestin; nous avons hésité sur le diagnostic de diverticule et avons pensé au cancer.

Le 16 mars 1926 : Etant donné l'infection du tractus urinaire, une colostomie fut faite sous anesthésie locale et on a trouvé la masse dure dans le pelvis

Le 16 mai 1927 le malade mourut.

Autopsie : Carcinome du recto-sigmoïde. Infiltration carcinomateuse suppurante du Douglas et de la paroi vésicale. Un trajet fistuleux entre le sigmoïde et la vessie.

Obs. 84. — *DAVID* : (*Ann. of Surg.* 1929, t. XC, n° 6, p. 1024.)

Mme E..., âgée de 36 ans, vue avec le Dr Kretschmer; entre à l'hôpital le 21 mars 1924 pour une cystite datant de six ans, accompagnée par quelques douleurs lombaires.

La cystoscopie montre une ulcération vésicale de la taille d'un demi dollar, dont la biopsie montre la nature tuberculeuse. L'ulcération fut excisée.

Le 25 août 1925, revint avec la cystite, l'hématurie.

Le dôme vésical présente une large ulcération blanche à base nécrotique. La zone fut disséquée et la biopsie montra la tuberculose.

Le 16 novembre, malade nauséuse et vomissante.

Le 13 février 1926 : pneumaturie et fécalurie à travers la cicatrice de cystostomie.

Le 22 avril 1926 : colostomie envisagée; incision gauche révéla

une cavité péritonéale oblitérée par des adhérences fibreuses. Le gros intestin ne pouvait pas être identifié. On fend l'incision musculaire jusqu'au côté droit et on fait une cœcostomie.

Le 5 juin 1926 la malade mourut.

Autopsie : Tuberculose du rein gauche, extension de la tuberculose au péritoine pelvien.

Fistule entre la vessie et le sigmoïde.

Pyélonéphrite ascendante.

Obs. 85. — DAVID : (*Ann of Surg.* 1929, t. XC, n° 6, p. 1025.)

M. X..., âgé de 50 ans, atteint depuis plusieurs mois de douleurs sous forme de crampes et la formation des gaz dans la partie basse de l'abdomen.

Deux semaines avant son entrée à l'hôpital, une forte douleur abdominale et la fièvre, suivie par le passage de gaz et matières par la vessie.

La cystoscopie montre une petite ouverture dans un diverticule vésical par laquelle s'échappait le gaz.

Laparotomie faite par le Dr Bevan qui sépara la vessie de l'intestin et pratiqua une colostomie.

Obs. 86. — DAVID : (*Ann of Surg.* 1929, t. XC, n° 6, p. 1025.)

Dr. J.-K., âgé de 45 ans, vu avec le Dr Kretschmer; se plaint de passage de gaz et de matières par l'urètre avec des signes de cystite.

La maladie a commencé six semaines avant son entrée à l'hôpital (24 novembre 1925) et en même temps une crise de constipation pour laquelle il a pris un drastique et un lavement; a eu de nombreuses selles et des crampes abdominales. La pneumaturie et la fécalurie persistent toujours; et le malade a vu plusieurs médecins qui ont porté différents diagnostics.

Dans une clinique, par la cystoscopie, on a enlevé un fragment de la région fistuleuse et on a posé le diagnostic du papillome carcinomateux de la vessie.

La cystoscopie de Kretschmer montra la muqueuse vésicale oedématisée et, à la base de la vessie, derrière la barre médiane, dans la zone d'inflammation oedémateuse, une ouverture sombre qui semblait être un orifice fistuleux. Un fragment du tissu de cette région fut enlevé et montra une inflammation chronique.

Après cette biopsie, le malade a eu du sang dans les urines, douleurs vésicales, et une masse se forma dans la région sus-

pubienne. La fièvre : 38° à 39°5; cet état dura dix jours. Pendant ce temps-là, nous avons envisagé une colostomie, mais à la requête du malade, nous ne l'avons pas pratiquée.

Les symptômes disparurent graduellement et la masse diminua de volume; mais persiste encore.

Examen rectal négatif.

Fluoroscopie du côlon montra de multiples diverticules du sigmoïde et du transverse.

Quoique la fistule vésico-sigmoïdienne persistât encore, le malade quitta l'hôpital, mais revint le 21 août 1926 avec de la douleur à la partie supérieure droite de l'abdomen, et une masse palpable juste sous le rebord costal. Cette masse augmentait de volume et était accompagnée de fièvre. On fit le diagnostic de l'abcès et une incision fut pratiquée le premier septembre 1926. Le pus était enkysté sous le fascia de l'oblique externe. On a découvert que ce pus était venu à travers une ouverture dans le muscle, et l'ouverture se continuait jusque dans l'abdomen. Cet abcès était dû sans doute à une diverticulite du côlon transverse.

Au cours de ce dernier examen, la fistule vésicale persistait toujours et on a avisé le malade de la nécessité de l'opération qu'il avait déjà refusée.

Obs. 87. — DAVID : (*Ann of Surg.* 1929, t. XC, n° 6, p. 1025.)

M. B..., âgé de 56 ans, entre à l'hôpital Cook County le 14 juin 1928. Il y a huit ans, a présenté les signes de la cystite avec du sang et des matières fécales dans les urines.

Ces symptômes persistèrent et, cinq ans auparavant, furent compliqués par une masse qui se développa dans le quadrant inférieur gauche, variant de grosseur pendant un an, jusqu'à ce qu'il s'ouvrît et une grosse quantité de pus s'en échappa. Une fistule fécale persista.

En plus des gaz et des matières dans les urines, le malade nota le passage des urines avec les matières fécales. La cystoscopie montra une inflammation marquée de la vessie et la présence de trois calculs vésicaux; urine boueuse d'odeur fécaloïde.

On n'a pu trouver l'orifice de la fistule.

Examen radiologique du côlon non satisfaisant, car le malade ne peut garder le lavement; un obstacle semblait exister dans le sigmoïde, aucun diverticule visible.

Le 9 juillet 1928, j'ai pratiqué une laparotomie et trouvé

des adhérences péritonéales pelviennes chroniques, unissant le gros intestin à la base de la vessie.

J'ai séparé les adhérences, vérifié l'uretère gauche et trouvé la communication sigmoïdo-vésicale située environ à 2 cm. 5 au-dessus de la jonction urétéro-vésicale gauche.

J'ai séparé l'intestin de la vessie et ai mis trois plans de suture sur chaque organe. Fermeture de l'incision en plaçant dans le fond du cul-de-sac péritonéal une mèche de gaze iodoformée dans un drain de caoutchouc. La vessie fut ouverte ensuite, j'ai enlevé les calculs en laissant une cystostomie permanente.

L'opération dura 1 h. 1/2. Le malade alla bien trois jours et mourut d'une broncho-pneumonie bilatérale.

Il n'y avait aucune décharge urinaire ni fécale dans l'incision. L'abdomen était resté souple.

Obs. 88. — KÜSTNER : (*Monat. Für Gebur und Gyneko*, 1930, t. LXXXV, p. 26.)

Il s'agit d'une femme de 25 ans opérée en 1914 d'un kyste dermoïde à l'ovaire droit et ablation des annexes droites.

En septembre 1928 redevient malade et présente une grossesse extra-utérine; le toucher vaginal fait sentir une masse molle de grosseur d'une tête d'enfant située derrière l'utérus à gauche.

L'opération le 8 septembre confirme le diagnostic. On trouve en plus de très fortes adhérences entre l'épiploon, l'utérus et l'intestin. La séparation de l'intestin et de l'hétamocèle se fait avec beaucoup de difficultés, et l'artère mésentérique dut être ligaturée. On enlève l'utérus en laissant seulement l'ovaire gauche, on fait un large drainage du petit bassin en faisant sortir les mèches par le vagin, et on forme un toit péritonéal en suturant le péritoine vésical à celui du sigmoïde. Aucune blessure directe de la vessie ni de l'intestin pendant l'opération.

La convalescence normale au début, la température et la fonction intestinale normales. Abondante sécrétion et suppuration par le vagin laissé ouvert.

8 jours après l'opération, une abondante issue d'urine par le vagin mais celle-ci fut arrêtée par une sonde à demeure vésicale; au 16^e jour on constate que les matières fécales sortent par la sonde vésicale. On fait des lavages de vessie et de l'intestin mais les phénomènes d'une cystopyélite ne tardent pas à apparaître avec la température élevée.

4 semaines après l'opération une selle spontanée par le vagin. En recherchant dans le cul-de-sac vaginal on trouve deux fistules dont une conduisant à la vessie et l'autre plus petite conduisant au sigmoïde.

La cystoscopie montre également deux fistules dont une allant au vagin et l'autre au sigmoïde (on remplit l'intestin par le bleu de méthylène qui apparaît dans la vessie).

Il s'agissait donc de 3 fistules, une vésico-vaginale, une vésicolique et une colo-vaginale.

La malade est sortie avec ce diagnostic pour revenir se faire opérer 6 semaines après.

Elle revient en janvier 1929 en se plaignant que les matières passent entièrement par la vessie, occasionnellement par le vagin, et que l'urine coule par le vagin.

La cystoscopie et différentes radios affirment le diagnostic antérieur. Le toucher rectal ne donne aucun renseignement, mais d'après les radios on voit un gros nœud intestinal au-dessus de la fistule qui est à 25 cm. du sphincter anal.

Dans la vessie la fistule intestinale est haute avec 7 mm. de diamètre, la fistule vaginale vers le col de la vessie a 15 mm. de diamètre.

Les selles se déversent continuellement dans la vessie et de là dans le vagin. Par contre l'urine ne passe pas dans l'intestin, car en station debout la fistule vésico-vaginale est au-dessous de la fistule vésico-intestinale.

La malade s'est bien remise de son opération, mais le symptôme le plus désagréable est le passage involontaire de matières et urine par le vagin.

On opère la fistule vésico-vaginale, fin janvier 1929, on excise la fistule et on met une sonde à demeure vésicale qui permet les lavages quotidiens de la vessie. La sonde est quelquefois bouchée par des matières fécales, cependant les suites opératoires sont simples et après 3 mois la malade quitte l'hôpital.

En septembre 1929, elle se présente de nouveau à l'hôpital, avec des poussées thermiques depuis quelque temps et les signes d'une pyélite.

A l'examen, la région rénale droite est très sensible à la palpation, et étant donné le danger d'une pyélonéphrite ascendante nous sommes obligés de fermer la fistule colo-vésicale.

Les examens cystoscopiques et radiologiques montrent que la fistule est située à côté de l'orifice urétéral droit.

Nous avons deux méthodes à notre disposition, la voie transpéritonéale et la voie transvésicale.

Le danger de la voie transpéritonéale est la péritonite quelquefois consécutive. Les adhérences chez cette malade sûrement davantage depuis la première opération; nous choisissons la voie transvésicale qui a certainement moins de chance de guérison pour la fistule, mais est moins dangereuse.

On pratique cette opération transvésicale le 30 septembre 1929. On voit à la paroi postérieure de la vessie, à 1/2 cm. de l'urètre droit, un orifice de 3/4 cm. de diamètre. On saisit avec deux pinces la paroi vésicale à une certaine distance de l'orifice fistuleux et on tire en avant. On excise et mobilise la fistule. On ferme l'orifice intestinal avec de la soie. La brèche vésicale est assez large, on amène le tissu au voisinage sur l'orifice intestinal que l'on suture au catgut. On ferme ensuite la brèche vésicale, l'opération est rendue difficile à cause de l'insuffisance du champ opératoire et de la profondeur des lésions.

Suture de la paroi et sonde à demeure vésicale.

On met la malade à l'opium pour la constiper; le 3^e jour l'état général s'aggrave, la température est normale, mais pouls petit fréquent, langue sèche et un peu de météorisme.

Le 4^e jour l'état empire, la température toujours normale, mais le météorisme plus fort. Probablement à cause du médicament paralysant l'intestin, et des fortes adhérences intrapéritonéales, il s'est produit un iléus, et on se trouve obligé de pratiquer un anus contre nature.

L'état s'améliore, le 15^e jour, la malade se lève. Dans les urines encore du pus. Selles normales, mais quand elles sont diarrhéiques prennent issue par la vessie.

Lavages de vessie tous les jours. De nombreux lavements intestinaux.

8 semaines après l'opération la radio montre que la fistule est fermée.

Obs. 89. — JEANBRAU et BAUMEL : (*Arch. des maladies de l'app. digestif*, 1930, t. XX, p. 838-846.)

Gr. G..., quarante ans, comptable; est adressé à un de nous le 15 décembre 1926 pour des phénomènes de cystite avec aspect fécaloïde des urines.

Maladie actuelle : le 30 novembre, est pris à son bureau, subitement, d'un accès de fièvre qui l'oblige à rentrer chez lui. Cet accès fébrile ne s'accompagne ni de nausées, ni de vomissements, ni de ballonnement abdominal. Il s'alite pendant 24 h. et tout semble rentrer dans l'ordre. Lorsque quelques jours après, le 2 décembre, au moment de se mettre à table, il éprouve un besoin violent d'aller à la selle avec douleurs très vives dans le bas-ventre. Il est surpris de voir, à ce moment, que ses urines contiennent des débris de matières fécales et qu'il émet des gaz par l'urètre. Il fait appeler aussitôt son médecin, et comme celui-ci lui demande d'uriner devant lui, le malade essaie d'émettre des gaz par l'anus, ces derniers passent presque en totalité par l'urètre.

Le médecin porte le diagnostic de fistule vésico-intestinale, prescrit quatre comprimés par jour d'uroformine et nous envoie le malade.

Il urine à peu près toutes les vingt minutes. Les mictions sont impérieuses et douloureuses. Les urines présentent toujours les mêmes caractères.

Antécédents morbides : bien portant d'une façon générale, ce malade a cependant, depuis une dizaine d'années, quelques douleurs intestinales intermittentes qui apparaissent sans cause appréciable et qui durent quelques jours. Ces crises sont surtout caractérisées par des besoins imprévus d'aller à la selle; des coliques qui bien souvent ne s'accompagnent d'aucun résultat positif et qui, d'autres fois, au contraire, se terminent par l'émission d'un ou deux glaires plus ou moins rougeâtres. Ces derniers temps, les mictions elles-mêmes sont devenues douloureuses et se sont accompagnées du ténesme vésical.

Le malade n'a jamais eu de dysenterie amibienne ou bacillaire, et, dans l'intervalle des petites crises que nous venons de signaler, l'appareil digestif fonctionne normalement.

En février 1926, a éprouvé pour la première fois des douleurs dans la moitié gauche de l'abdomen. Ces douleurs s'irradiaient vers l'hypogastre et son médecin pensa à des coliques néphrétiques. Au cours de ces poussées qui se sont reproduites à trois ou quatre reprises depuis 1926, le ventre est ballonné dans son ensemble. On note toujours des besoins impérieux et fréquents d'aller à la selle, mais il n'y a pas à proprement parler de symptomatologie

vésicale. Jamais on n'a retrouvé de calculs dans les urines. Pendant ces crises, existe un état nauséux assez caractérisé.

En octobre 1926, un phénomène nouveau apparaît, présence de glaires. On ne note pas d'autres antécédents pathologiques en dehors d'une atteinte de paralysie infantile dans la première enfance, atteinte qui n'a d'ailleurs laissé aucune séquelle.

Il est marié, il a trois enfants de bonne santé, sa femme a eu quatre grossesses, la seconde s'est terminée sans causes appréciables par une fausse-couche de deux mois et demi. Les trois autres accouchements à terme, sans incidents.

Etat actuel : l'état actuel est légèrement déficitaire, il a quelque peu maigri; il pèse 77 kg. le 15 décembre 1926. Il ne présente aucune séquelle extérieure de tuberculose ou de syphilis, il n'est pas éthylique, n'a ni albumine, ni sucre dans les urines; seule, la pression artérielle est un peu forte, 20/8 au Pachon. Un examen minutieux de tous les appareils et la recherche des principaux réflexes ne montrent rien d'anormal.

Azotémie : 0,51 ‰.

Réaction de Bordet-Wassermann : négative.

Appareil urinaire : les urines boueuses et félocoïdes, aspect des matières délayées dans l'urine.

Le toucher rectal ne montre rien.

Prostate saine, vésicules séminales non perceptibles.

Le rectum présente sa souplesse et son indolence normales.

La palpation de la région hypogastrique n'est pas douloureuse et ne présente aucun empatement.

Reins non perceptibles et non douloureux à la palpation.

Capacité vésicale : 150 cc. environ.

Cystoscopie : Vessie saine, sans aucune lésion de cystite. Les orifices urétéraux normaux et donnent des éjaculations rythmiques et limpides.

A gauche de la bulle d'air, près du sommet de la vessie, on aperçoit une zone grenue du volume d'une petite fraise. C'est l'orifice vésical de la fistule, bordé de bourgeons charnus et entouré de bulles d'œdème.

Radiographie : Un lavement baryté est administré avec quelques difficultés. Le malade supporte bien 1/4 de litre environ, mais il éprouve de vives douleurs lorsque cette quantité est dépassée.

sée. Très lentement, et avec une très faible pression on arrive à remplir tout l'intestin.

Le rectum est normal.

L'anse sigmoïde a son calibre fortement diminué. Elle est très peu opaque, ne gardant pas le baryum qui est immédiatement chassé par un spasme vers le côlon descendant.

Dès que le lavement est pris, le malade urine dans un verre et son urine contient de la gélobarine.

Par la méthode des repas opaques, on fait absolument les mêmes constatations.

Rectoscopie : Les lavements habituels de un litre et demi et 3/4 de litre, donnés avant l'examen pour nettoyer l'intestin, n'ayant pu être pris à cause d'une intolérance manifeste à leur égard, trois petits lavages ont été faits avec chacun 100 cc. d'eau bouillie.

Le tube rectoscopique pénètre facilement dans la cavité rectale qui ne présente aucune anomalie; mais à 15 cm. de l'orifice anal (abouchement recto-sigmoïde) on se trouve en présence d'un spasme très marqué qu'il est difficile de vaincre. On arrive cependant à faire pénétrer le tube rectoscopique dans l'anse sigmoïde; on se rend compte alors que l'orifice de celui-ci est légèrement rétréci.

Le rectoscope ne peut pas pénétrer à plus de quatre ou cinq centimètres dans cette portion du côlon. Les parois de l'intestin sont le siège de suffusions sanguines nombreuses qui saignent facilement au moindre contact.

On ne note pas de néoformation en chou-fleur, il ne paraît pas y avoir à première vue de néoplasie, bien qu'on ne puisse pas arriver jusqu'au siège de la fistule.

Une biopsie est faite avec la pince coupante au niveau d'une des parties les plus altérées de la paroi sigmoïdienne et envoyée aux fins d'analyse anatomo-pathologique.

Examen anatomo-pathologique du prélèvement par la voie rectoscopique.

Plusieurs coupes sont faites et voici le résultat :

La muqueuse intestinale apparaît toujours nettement et sans modification importante. On ne constate sur aucune coupe ni prolifération épithéliale, ni zone floue pouvant aiguiller le diagnostic vers une néoplasie quelconque. Ce qui attire plutôt l'attention, c'est la présence au niveau de la sous-muqueuse d'un foyer

inflammatoire nodulaire qui infiltre légèrement les culs-de-sac glandulaires. Les éléments leucocytaires qui constituent ce foyer sont tous des mononucléaires, les plasmocytes y sont très rares, il y a surtout des lymphocytes.

A côté de ce nodule limité, il existe des traînées peu importantes d'ailleurs de lymphangite. Les vaisseaux sont congestionnés et parfois même ont leur paroi épaissie.

En résumé, et en ayant éliminé les diagnostics de tumeur épithéliale et de tuberculose, il semble bien que l'on puisse penser à une rectite chronique.

Diagnostic : D'après ces examens, malgré la négativité de Bordet-Wassermann on pense à la syphilis, et un traitement énergique anti-syphilitique pratiqué en réservant l'intervention pour le cas échéant.

Cinq mois le traitement suivi, voici le résultat .

Aucun trouble pathologique.

Il va à la selle régulièrement.

Les gaz par l'urètre n'ont pas reparu.

Les urines ne contiennent plus de matières.

Le poids est passé de 77 à 82 kg.

Nouvelles radios :

Juin 1927 : A la suite d'absorption du repas baryté, il existe encore au niveau de l'anse sigmoïde une zone lacunaire très nette, sensible à la pression profonde; mais la bouillie barytée ne passe plus dans les urines.

Avril 1928 : La région sigmoïdienne qui était le siège de la fistule est beaucoup moins lacunaire et beaucoup moins spasmée. Le baryum pénètre dans la plus grande partie de son trajet et domine ce dernier presque en totalité. La pression profonde ne révèle plus aucune douleur.

Radiologiquement l'amélioration est considérable. Nous avons évité de nouvelles recherches rectoscopiques pour éviter le moindre traumatisme nouveau et pour permettre une cicatrice parfaite.

Tous les signes cliniques de fistule ont d'ailleurs disparu.

Deux ans plus tard, le malade est en parfait état. La fistule n'a pas reparu.

Obs. 90. — JUDD : (*The surg. clinic. of North America*, 1930, v. X, n° 1, p. 7-10.)

Un médecin de 54 ans, admis le 8 octobre 1929, se plaint de l'irritation vésicale et du passage des matières par l'urètre. Il

a été opéré pour les hémorroïdes et une fistule anale en 1910. En 1925, attaque de cystite avec frissons, fièvre, malaise général et irritation extrême de la vessie, fréquence et envie impérieuse d'uriner, ainsi que le passage des gaz à la fin de la miction. La crise dura huit semaines pendant lesquelles les urines très purulentes. Ces symptômes se sont calmés, et il n'a rien eu pendant deux ans, jusqu'au mois de janvier 1927 où il eut une crise analogue, et il décide une exploration abdominale. On ne peut trouver la communication entre l'intestin et la vessie, mais on a libéré beaucoup d'adhérences dans cette région. Après cette opération, il était bien pendant 2 ans et demi; puis, en août 1929, après l'ingestion du calomel, il eut une troisième crise, mais cette fois avec le passage de matières par l'urètre. Cette crise sérieuse dura une semaine, et il s'est soumis à une opération périnéale; mais on n'a pu encore trouver la fistule. Les symptômes se sont calmés peu à peu et quatre semaines après revint à la clinique pour être examiné.

Son état général est bon, il n'a pas perdu de poids, aucun signe gastro-intestinal; et, sauf pour l'appareil urinaire, tout examen est négatif.

L'urine de la vessie contenait une grande quantité de pus, concentration de l'hémoglobine et formule sanguine normale. Bordet-Wassermann est négatif; l'urée sanguine est normale. La radio du thorax, des reins, des uretères, du colon : négative.

La rectoscopie, jusqu'à 24 cm. de l'anus, ne montre rien.

La cystoscopie montre une vessie intolérante et atteinte d'un degré modéré de cystite.

Les reins fonctionnent normalement.

La cystographie localisa une communication entre la partie supéro-postérieure gauche de la vessie et le sigmoïde. Les deux uretères sont libres.

L'opération par une incision médiane basse, montre une vieille diverticulite avec apparemment une perforation entre un seul diverticule et la paroi postérieure de la vessie.

Beaucoup d'adhérences et beaucoup de tissus cicatriciels. On sépare les deux organes, on ferme l'orifice intestinal qui avait cinq centimètres de diamètre, au catgut chromé et à la soie; on ferme ensuite l'orifice vésical au surjet du catgut chromé; on met deux petits drains dans l'abdomen et une sonde à demeure dans

la vessie. La sonde fut enlevée le 7^e jour et les drains les 8^e et 9^e jours.

Au début le malade urinait toutes les heures, mais peu à peu, et au bout de trois semaines, il retenait ses urines pendant 4 heures. La plaie abdominale se cicatrisa et le malade quitta la clinique le 21^e jour.

Obs. 91. — JUDD : (*The surg. clinic, of North America*, 1930, v. X, n^o 1, p. 7.)

Femme de 77 ans, mariée, admise le 23 août 1929.

Aucun antécédent, sauf un abcès ischio-rectal il y a dix ans, qui s'est ouvert spontanément et, après longtemps, a fini par guérir. Un an avant son entrée a commencé à avoir des symptômes vésicaux : douleurs de la région vésicale, fréquence et envie impérieuse d'uriner, brûlure à la fin de la miction. Elle a noté, en plus, le passage des matières dans les urines. Ces symptômes se sont accentués graduellement, et au moment de son admission, elle urinait toutes les quinze ou trente minutes. Etat général notablement altéré et a perdu trente livres pendant un an.

A l'examen, la malade a une figure qui exprime la souffrance, mais pour son âge, son aspect général est bon.

Le toucher bimanuel montre un épaississement considérable et fixation et immobilité des tissus palpables au cul-de-sac postérieur du vagin.

L'urine prélevée de la vessie contient beaucoup de pus, quelques érythrocytes, mais l'urine de chaque rein est claire.

La concentration de l'hémoglobine est de 60 %; les érythrocytes 3.900.000 et les leucocytes 8.600.

La cystoscopie montre une cystite chronique. L'examen fonctionnel de chaque rein est normal.

La rectoscopie jusqu'à 18 cm. de l'anús ne montre rien.

L'examen radiologique du côlon n'est pas fait.

L'exploration le 28 août 1929 montre une masse dure et ferme au niveau du côlon sigmoïdien, très adhérent à la paroi postérieure de la vessie. En séparant le sigmoïde de la vessie, on trouve entre eux une communication de un centimètre de diamètre. On retaille les bords de l'orifice vésical et on le ferme au catgut en suturant le péritoine en avant de lui. La lésion sigmoïdienne semble être due à une diverticulite, mais il semble improbable que la fermeture intra-abdominale de la perforation intestinale puisse tenir; de ce fait on extériorise la masse et l'intestin comme pour

le premier temps de l'opération de Miculicz pour la résection du côlon. On introduit une sonde dans la perforation pour faire une ouverture temporaire de colostomie, une sonde à demeure dans la vessie.

Une semaine plus tard, on pratique le second temps de l'opération en réséquant le côlon.

L'examen de la pièce montre la diverticulite et la péridiverticulite.

Une lente convalescence, on enlève la sonde vésicale le onzième jour. Irritation très marquée de la vessie causait encore la fréquence des mictions; mais cette pollakiurie cède peu à peu, jusqu'à ce que la malade retînt ses urines pendant trois heures.

On l'autorise à se lever et à marcher, elle a repris bientôt des forces.

Le 5 novembre, on décide la fermeture de la colostomie, au moment où cet article a été écrit.

Obs. 92. — COLBY : (*New Eng. J. of med.*, 1930, t. CCII, p. 805.)

S. P..., ouvrier, 66 ans, toujours bien portant jusqu'il y a trois ans, a présenté des symptômes vésicaux : pollakiurie persistante malgré tout traitement interne. Le malade a noté à plusieurs reprises le passage de gaz par l'urètre et sentait que ses intestins se vidaient dans sa vessie. Pas de symptômes gastro-intestinaux.

A l'examen : sujet d'apparence saine, aucune anomalie au niveau de l'abdomen. Le toucher rectal fait sentir un aréa d'épaississement intestinal qui ressemble plutôt à une inflammation dense qu'à un cancer.

L'urine est brune et contient des matières fécales.

La cystoscopie montre une vessie infectée et en plus un petit calcul. Pas de fistule évidente.

Devant la suspicion d'une communication vésico-intestinale on pratique une laparotomie :

Celle-ci montre une diverticulite sigmoïdienne bien marquée avec un degré considérable d'épaississement inflammatoire de la paroi intestinale. En disséquant les adhérences intestino-vésicales on découvre la communication entre les deux organes par l'intermédiaire d'un trajet fistuleux.

La vessie ouverte, le calcul enlevé et le tractus fistuleux fermé, on ferme également l'orifice intestinal et on pratique une colostomie permanente.

La convalescence lente, mais il était nécessaire de fermer l'ouverture supra-pubienne de la vessie.

Le malade quitte le service dix semaines après l'opération avec une colostomie fonctionnant bien et sans aucun symptôme intestinal.

Obs. 93. — MORRISSEY : (*The J. of the am. med. Ass.*, 1931, t. XCVI, v. 1, p. 843.)

A. P., vu en janvier 1925, se plaint d'une sensation de pression au niveau de la vessie et d'une douleur au commencement de la miction. Ces symptômes ont disparu sous l'action d'irrigation vésicale par le gâjacol, mais ont réapparu 3 mois plus tard et ont réagi moins au traitement. De nombreux examens ont montré des colibacilles dans les urines. Il n'y avait pas d'urine résiduelle. La pollakiurie remontait à 8 ou 10 mictions par jour.

Il était soumis à un examen soigneux par un gastro-entérologiste qui constata une colite et le mit au régime.

Par ailleurs, le malade a une bonne apparence et se sent bien.

L'examen rectal révèle une infiltration limitée à l'espace recto-vésical, cette exploration est douloureuse et réveille une sensibilité extrême.

La cystoscopie montre une inflammation marquée de la vessie et le cathéter passé dans l'uretère gauche sur une très courte distance. De nombreuses particules brunes et petites nageaient dans la vessie et on a suspecté la possibilité d'une fistule intestinale.

Le malade refusa la pyélographie.

Deux semaines plus tard son médecin fit une cystoscopie et nota une petite ouverture à côté de l'orifice urétéral gauche et le diagnostic de fistule fut confirmé.

Laparotomie par Dr Brewer : qui découvrit un cancer sigmoïdien. Le malade quitta l'hôpital avec un anus artificiel, a vécu encore un an et mourut de cette maladie. Les symptômes vésicaux ont disparu entièrement après la colostomie.

Obs. 94. — LEIT : (*Proc. of the Roy. soc. of med.*, 1932, t. XXV, v. 2, p. 1.811.)

Homme de 60 ans, symptômes de diverticulite depuis 5 à 6 ans. Depuis 6 semaines présentait de la pneumaturie, une pyrexie irrégulière et pollakiurie; mictions impérieuses et fortement douloureuses. Il refusa de subir une colostomie et fut traité avec l'huile de paraffine, antiseptique urinaire, etc...

3 mois plus tard était beaucoup mieux et la fistule fermée; la pneumaturie, la douleur et la pollakiurie avaient disparu et malgré cela les urines restaient encore troubles, mais ne contenaient plus du pus visible à l'œil nu.

Les symptômes ont réapparu 2 mois plus tard et la fistule se rétablit. Le malade refusa encore l'opération, et on l'a perdu de vue. J'ai appris plus tard qu'il avait subi finalement une colostomie, et mourut 5-6 mois après.

Obs. 95. — Lionel NORBURY : (*Proc. of the Roy. Soc. of med.*, 1932, t. XXV, v. 2, p. 1823.)

Homme d'un certain âge, était atteint d'une pneumaturie considérable et fécalurie.

L'exploration abdominale montra une grosse masse entourant la vessie; une colostomie transverse et une cystostomie suprapubienne furent pratiquées. Le malade guérit très bien. La cicatrice suprapubienne se ferma spontanément, mais naturellement la colostomie permanente fut conservée.

18 mois après le malade était en très bonne santé, on a voulu supprimer la colostomie et rétablir la voie naturelle, mais le côlon pelvien était tellement sténosé et resserré que cette opération fut impossible.

Obs. 96. — Lionel NORBURY : (*Proc. of the Roy. Soc. of med.*, 1932, t. XXV, v. 2, p. 1823.)

Femme de 45 ans souffrant d'une carcinome du côlon pelvien, présente une cystite accompagnée de pneumaturie.

L'exploration abdominale le 18 mai 1928 montre une tumeur envahissant le côlon pelvien et englobant la vessie. On pratique une colostomie transverse, qui amène la sédation passagère des symptômes. La cystite continue néanmoins avec passage du muco-pus, pollakiurie et dysurie. La malade était dans des conditions d'inopérabilité, cependant je pensais que son état était justiciable d'une résection partielle du côlon pelvien, du rectum et de la vessie, dans le but plutôt de fermer la communication fistuleuse nettement démontrée avec le lavement baryté administré par la colostomie.

On pratique cette opération le 15 octobre 1928. La vessie temporairement drainée se ferme bientôt.

L'examen histologique de la tumeur montra un carcinome colloïde. La malade soulagée parfaitement pendant 11 mois, mais la pollakiurie apparaît de nouveau et une grande quantité du

pus passe dans l'urine. La colostomie fonctionne bien et l'état général est bon. On la met aux rayons X.

Le 17 octobre 1929, un an après, la malade fut admise de nouveau avec une tumeur récidivante dans la cicatrice abdominale. On sentait à la palpation de la région suprapubienne une grosse masse. Le toucher rectal la faisait sentir également mais haut; le bord du foie était aussi palpable. On a insinué des aiguilles de radium dans la masse aussi nombreuses que possible, mais avec un bénéfice temporaire.

Obs. 97. — DOBSON et MOIR : (*Brit. J. urol.*, juin 1932, t. IV, p. 122-131.)

M..., âgé de cinquante-huit ans, se plaignait depuis quelques mois de diarrhée et surtout apparition d'un syndrome aigu (gêne, distention abdominale, fièvre et vomissements). Le point culminant de la maladie était marquée par une décharge profuse de pus putride par l'urètre.

Pollakiurie avec gêne et passage de grande quantité de gaz et quelques matières fécales.

L'examen rectal a fait sentir une masse dans le pelvis, probablement carcinome du côlon sigmoïde.

Le malade très affaibli, son état ne permit pas un examen complet.

On avait envisagé une colostomie, mais il mourut quelques jours après.

Autopsie : montra un carcinome du sigmoïde bas fistulisé dans une cavité purulente, et celle-ci largement ouverte dans la vessie.

Obs. 98. — DOBSON et MOIR : (*Brit. J. urol.*, juin 1932, t. IV, p. 122-131.)

J. F., homme de soixante-deux ans, vu le 14 avril 1931; se plaint de la pollakiurie. Bon état général; mais ses urines épaisses déposent un dépôt muco-purulent sanguinolent. De temps à autre, passage de gaz et de parcelles de matières fécales par l'urètre; ce passage lui provoquait une douleur considérable. Ultérieurement, le malade a fait une poussée d'orchite.

La cystoscopie est négative à cause de l'intolérance du patient.

L'examen rectal fait sentir une tuméfaction molle dans le pelvis à gauche.

L'examen radiologique montre une diverticulite typique de l'anse sigmoïdienne; mais on ne trouve pas la fistule.

L'intervention immédiate proposée au malade est refusée.

Revue en novembre 1931; état stationnaire.

Obs. 99. — DOBSON et MOIR : (*Brit. J. urol.*, juin 1932, t. IV, p. 122-131.)

E. G., femme de soixante ans, admise le 11 juin 1930. Depuis quatre ou cinq ans, les gaz et les matières fécales passent par l'urètre; mais depuis deux jours présente le tableau d'une occlusion intestinale aiguë.

On fait une laparotomie et on trouve une diverticulite du sigmoïde et une fistule sigmoïdo-vésicale.

On pratique une cœcostomie.

En septembre 1930, la malade est réadmise pour une autre intervention. La vessie et le sigmoïde sont séparés, et la vessie fermée. On résèque le colon sigmoïdien sur une longueur de 20 cm. Le bout inférieur est fermé et remis dans le pelvis, le bout supérieur est amené à la peau pour la colostomie.

18 octobre 1930, fermeture de la cœcostomie.

Guérisson et anus artificiel.

Obs. 100. — DOBSON et MOIR : (*Brit. J. urol.*, juin 1932, t. IV, p. 122-131.)

T. C., homme de cinquante-huit ans. Vu en mai 1926, se plaint de douleurs abdominales et de distention intestinale intermittente, durant depuis un an. Il y a deux mois, a fait une crise et la douleur était plutôt localisée dans la fosse iliaque gauche, et depuis ce temps-là, ses urines sont brun foncé. Pollakiurie très marquée, pas de pneumaturie.

Il y a quelques jours, le malade a présenté le symptôme d'une obstruction intestinale subaiguë.

A l'examen, on sent dans la fosse iliaque gauche une masse mobile de la grosseur d'un œuf.

La cystoscopie montre un orifice fistuleux à la partie supéro-postérieure de la vessie.

On pratique la laparotomie par une incision gauche, basse, para-médiane; on trouve au niveau du sigmoïde une masse dure adhérente à la vessie. On sépare ces deux organes, on ferme la fistule et on fait une cœcostomie; on termine en drainant la cavité pelvienne.

Le malade mourut le cinquième jour.

A l'autopsie on trouve : une dilatation considérable de l'intestin grêle, péritonite plastique précoce; le côlon présente des diverticules bien marqués; diverticulite et péridiverticulite très marquées.

La suture vésicale est intacte, et la muqueuse de celle-ci est atteinte de la cystite hémorragique intense.

Obs. 101. — DOBSON et MOIR : (*Brit. J. urol.*, juin 1932, t. IV, p. 122-131.)

J. W., homme de 49 ans, admis à l'hôpital en mai 1929.

Depuis un an, le malade a fait plusieurs crises, dont chacune, caractérisée par une douleur au niveau du rectum et irradiant vers le dos. Crises disparaissant sans traitement, mais suivies par quelque gêne dans le bas-ventre et difficulté d'uriner.

En février 1929, une attaque douloureuse au niveau de la région lombaire gauche avec exacerbation pendant la journée; cette crise a duré plusieurs semaines, en augmentant d'abord, puis en diminuant, et disparaissant finalement. Le malade se plaint de mictions fréquentes et douloureuses, et a constaté à deux ou trois reprises la présence de sang dans les urines.

Par ailleurs, il n'a pas maigri et la fonction intestinale est normale.

Une cystoscopie sans résultat.

Le 16 mai 1929, incision basse droite, para-médiane, on trouva une lourde massue à la partie basse du sigmoïde, et une fistule allant jusqu'à la vessie. Ces deux organes furent séparés, on ferma la fistule et on pratiqua une colostomie.

La nature de la masse est incertaine, pas de diverticule ni métastase secondaire.

Malade revu en juin 1930, en bonne santé, urine normale; il demande la fermeture de la colostomie, mais celle-ci ne peut être pratiquée, car l'exploration radiologique montre une sténose au-dessous de la colostomie.

Quelques mois plus tard, la colostomie fut fermée par un autre chirurgien, mais une rupture s'est produite aussitôt. Le malade porte encore une fistule fécale au niveau de sa colostomie.

Obs. 102. — DOBSON et MOIR : (*Brit. J. urol.*, juin 1932, t. IV, p. 122-131.)

H. A., homme de cinquante-deux ans, admis le 2 janvier 1928.

Il y a huit ans le malade a souffert de douleurs abdominales

sous forme de coliques, accompagnées du relâchement intestinal; continue son travail. Ce n'est que quatre ans plus tard qu'il a noté le passage de gaz par l'urètre et de corps solides également, sous forme de petites masses brunes, vermiformes, de longueur de 2 cm. 1/2. L'urine devient ensuite fécaloïde. Les intestins sont normaux mais distendus. L'appétit est bon.

L'examen aux rayons X, après le baryum, montre une sténose légère au niveau du sigmoïde, mais aucune image diverticulaire, et on ne peut pas mettre la fistule en évidence.

Immédiatement après cet examen, le malade rend par l'urètre des petites masses vermiformes.

La cystoscopie montre une cystite généralisée, et surtout au côté gauche de la vessie la muqueuse est œdématiée, tuméfiée; et on trouve au voisinage de cette zone un orifice qui donne issue aux matières fécales.

Laparotomie le 2 février 1928.

Les viscères pelviens sont englobés dans une masse d'adhérences dense, on sépare la vessie et on constate aisément la fistule. Le bord tranchant de la fistule vésicale excisé, et la brèche vésicale suturée (sonde à demeure pendant l'opération); la tumeur intestinale située au niveau du côlon sigmoïde est le résultat d'une diverticulite.

Colectomie, suture bout à bout, cœcostomie.

L'examen de la pièce montre une diverticulite typique avec épaississement inflammatoire.

Le 12 février 1928, fermeture de la cœcostomie.

Malade revu six mois après, est en bonne santé et a repris ses occupations.

Obs. 103. — MOONS : (*Jour. de chir. ann. Soc. chir. belge*, 28 janvier 1933, p. 24.)

Il s'agit d'un malade opéré d'un abcès du bas-ventre au début de 1932, peut-être avec un drainage insuffisant.

Un an après le malade présente de la fécalurie et il avait fort maigri.

Palper abdominal : grosse tuméfaction collée sur l'os iliaque gauche, le petit bassin paraissait rempli d'une masse dure, surtout vers la gauche.

Le toucher rectal montrait un rétrécissement à quelques cen-

timètres de l'anus. Le rectum dur comme du bois et faisant partie d'une masse dure qui remplissait le petit bassin.

Radio du petit bassin :

Avec le lavement baryté qui montre à douze centimètres de l'an^{us} un rétrécissement, de 6 à 7 cm. environ de longueur, s'épanouissant plus haut dans une masse colique dilatée. Le lavement montre que non seulement l'anse iliaque se remplit mais aussi le cæcum, mais pour cela il faut pousser le lavement assez fort.

Une injection d'iode de sodium dans la vessie prouve que seul l'S iliaque se remplit d'iode.

Donc fistule entre la vessie, le cæcum et l'S iliaque, mais que la fistule principale se trouvait du côté de l'S iliaque, et on décide un anus iliaque.

En voulant pratiquer cette opération, on constate que le côlon descendant n'est pas utilisable, on fait un anus sur le transverse.

Pendant quelques jours, les selles ont trouvé leur chemin par le nouvel anus; mais peu de temps après, l'an^{us} abdominal restait à sec et toutes les matières passaient par l'an^{us} naturel et la vessie; preuve que la fistule cæcale alimentait tout le cloaque intestino-vésical. Le malade s'améliora pendant quelques semaines, puis maigrit et s'affaiblit à nouveau.

On fait donc une laparotomie médiane et on constate :

Le petit bassin était rempli par une grosse masse dure, infiltrée sur laquelle s'implantait :

1° le cæcum avec l'iléon;

2° une anse iléale;

3° l'S iliaque.

Pas de symptômes de tuberculose péritonéale.

On pratique l'exclusion :

1° du cæcum, section du côlon ascendant et fermeture des deux bouts sectionnés;

2° section de l'anse iléale accolée;

3° fermeture de l'anse iléale adjacente à la masse du petit bassin;

4° implantation de l'anse iléale libre dans le cæcum ascendant, termino-latérale.

Les suites opératoires normales, et le malade reprit en deux mois 10 kg. et 20 kg. quelques mois plus tard.

Etiologie : L'origine de cette fistule doit être attribuée à une appendicite aiguë avec suppuration pelvienne chronique.

Obs. 104. — CHRISTOPHE : (*Jour. chirur. ann. soc. belge de chir.*, 28 janvier 1933, p. 26.)

Il s'agit d'un ouvrier mineur de 59 ans, d'un intellect assez rudimentaire. Lorsqu'il vint me voir, il me dit qu'il urinait des matières fécales et qu'au moment de la défécation, il urinait d'abord par l'anus, puis qu'il sortait de l'anus un mélange assez fluide mélangé de matières. Cette affection, d'après lui, avait une origine traumatique. Il était tombé sur un rail au fond de la mine. Après cette chute il était rentré chez lui, ne se rendant pas compte de la gravité du mal et il était allé encore à la mine le lendemain et le surlendemain. Puis il eut la fièvre. Cet homme ne pouvait pas me donner plus de précisions.

Quelque temps après, il s'aperçut qu'il urinait des matières fétides, consulta différents médecins. Un urologue très averti est intervenu trois fois chez cet homme par la voie trans-vésicale; chaque fois la fistule se reformait. Cet état a duré sept ans.

Je m'attendais à trouver des lésions rénales très avancées et j'ai pratiqué des examens appropriés; les urines prélevées à l'orifice des uretères étaient limpides.

L'intervention que je fis par la voie abdominale me permit de trouver l'explication des récidives qui se produisaient chaque fois après l'intervention par la voie trans-vésicale.

Au-dessus du rectum, à l'endroit où celui-ci fusionne avec le sigmoïde, il y avait une sténose extrêmement serrée, laissant passer à peine les pointes d'une pince de Kocher.

Par la voie trans-vésicale, on suturait bien la fistule, mais comme on ne s'occupait pas de la sténose sous-jacente, les selles ne pouvaient pas descendre normalement et quelque temps après les sutures saulaient de nouveau.

J'ai ouvert la sténose; comme il est difficile de faire à cet endroit dans la profondeur du bassin une entéro-anastomose, j'ai introduit d'un côté un bouton de Murphy dans le sigmoïde, de l'autre côté dans le rectum, et j'ai pu rapidement faire une entéro-anastomose. J'ai fermé la vessie ensuite et j'ai placé une sonde à demeure.

Le malade reconduit au lit. Le soir, il a enlevé sa sonde, on la lui a remise le lendemain matin. Le second soir il s'est fâché

parce qu'on voulait lui maintenir la sonde, et le troisième jour, il est parti sans prévenir, désirant rentrer chez lui.

Je ne l'ai revu que quelques mois plus tard, parfaitement guéri !

Il y a une quinzaine de jours, il est revenu me voir, je l'ai examiné, ses urines sont cristallines et le dosage d'urée est normal.

Il m'a promis de venir se faire radiographier, mais naturellement je ne l'ai plus revu.

Il s'agit je crois, en l'espèce, d'une sténose d'origine traumatique.

Obs. 105. — BEDRNA : (*Zett. Für Urol. Chir.*, 1933, t. XXXVII, p. 361.)

M., femme de 55 ans ayant eu deux grossesses sans complication; fait en 1907 un avortement suivi de fièvre et est traitée pendant longtemps pour l'annexite gauche. En 1925 refait des accidents utéro-annexiels qui durent encore quelques mois. Elle se porte bien ensuite jusqu'en 1930 où elle constate dans la partie gauche du bas-ventre la formation d'une tumeur qui augmente de volume. Elle fait en même temps des accès de fièvre et de frisson. Elle se fait soigner pendant 3 mois dans une maternité où on porte le diagnostic de tumeur annexielle gauche qui après l'application d'air chaud devient indolore et diminue beaucoup de volume. Elle quitte l'hôpital avec une constipation chronique et de petits accès de fièvre passagers; se porte bien jusqu'en février 1932 où elle fait une grippe qui dure 14 jours avec fièvre et douleurs au niveau des membres inférieurs. Depuis elle a constamment la céphalée et se sent très faible.

Au milieu du mois de mars, fièvre 38° et frissons, et bientôt elle constate le passage des gaz avec les urines et un peu de brûlure à la miction, qui est de fréquence normale. Pas de trouble de défécation.

Elle se fait soigner pendant 2 semaines à domicile et avec une fièvre intermittente rentre à la clinique, où en présence d'une pyurie résistant à toute thérapeutique on l'envoie à un examen urologique.

Le 19 avril 1932 : Malade d'une taille moyenne, cachectique, très pâle. La température 39°1. Le poulx à 120 mais régulier.

L'abdomen, légèrement voûté, fait entendre à la percussion un son tympanique. Le foie est lisse, douloureux et dépasse de

2 travers de doigt les fausses côtes. Un peu au-dessus du pubis la palpation profonde réveille une légère douleur.

Les urines jaune paille contenant de l'albumine, pas de sucre; le sédiment montre de nombreuses cellules de pus, des bâtonnets et cocci gram négatif, et des cellules végétales.

Cystoscopie : capacité vésicale 200 cc. Altération inflammatoire aiguë diffuse, surtout au niveau du fond vésical. Les uretères donnent de l'urine légèrement trouble. Au fond et à gauche, une ouverture circulaire de 2 mm. de diamètre qui donne issue de temps en temps à un flocon de pus.

Il n'y a pas d'inflammation plus notable autour de cette ouverture dans laquelle le cathéter ne pénètre pas plus d'un demi-centimètre. Les uretères cathétérisés et l'urine de chacun contient des cellules de pus et des colibacilles.

Indigocarmin en injection intraveineuse est éliminée au bout de 3 minutes et de chaque côté.

Par le toucher vaginal on constate une grosseur (un œuf) indolore à la pression à gauche de l'utérus, celui-ci fixé et rétrofléchi. Il s'agit donc d'un processus extra-vésical en rapport avec l'intestin.

La rectoscopie : à 16 cm. de l'anus une courbure et un rétrécissement de la lumière empêchent le passage de l'instrument. La muqueuse est sans altération.

Examen radiologique : Le rectum se dessine peu et est poussé à droite par une formation située à gauche de la ligne médiane et entoure cette masse par un arc irrégulier. Le recto-sigmoïde forme une anse dont les différentes parties se superposent. A la partie haute du sigmoïde un rétrécissement sur quelques centimètres. Proximale au rétrécissement une sorte de fente au sommet aigu que l'on trouve sur toutes les images.

D'après ces trouvailles il s'agit d'une formation pathologique située à gauche dans le petit bassin et qui refoule le rectum à droite. Sigmoïdite et péri-sigmoïdite avec sténose intestinale, sans communication démontrable avec la vessie. A l'endroit de la formation pathologique soupçonnée on trouve une bulle d'air irrégulière (abcès ?) qui communique avec la vessie et qui cause la pneumaturie.

Cystographie : La vessie ne présente aucune altération visible et pas de communication avec l'entourage.

Tout examen sérologique; B. W., etc., négatif.

On fait le 21 avril 1932 le lavage des bassinets et le traitement médical. Le 23 une transfusion sanguine de 350 cc. et le 29 avril 1932 : opération.

Anesthésie rachidienne. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve l'anse sigmoïde, les anses grêles et la moitié gauche de la vessie adhérent entre elles. D'autres adhérences inflammatoires anciennes font prévoir qu'en voulant libérer les différents organes et pénétrer jusqu'à la paroi vésicale postérieure on risque le danger de perforer l'intestin. Mais on pénètre facilement entre les annexes et la vessie, et on trouve une petite cavité de dimension d'un œuf et remplie d'un pus dense.

Étant donné l'état grave de la malade (pouls à peine perceptible) il faut terminer le plus tôt possible. On se contente du drainage de l'abcès par le pôle inférieur de la plaie et on ferme la paroi. Sonde de Malecot à demeure dans la vessie.

L'examen du pus de l'abcès montre de nombreux filaments actinomycosiques.

Après l'opération la température descend à la normale. Le 6 mai le drain donne issue aux matières fécales et urine. Pas de signes péritonéaux. On continue les lavages de vessie. La plaie abdominale se cicatrise, sauf une fistulette à la partie inférieure donnant issue à du pus de matières fécales et urine.

Malgré l'administration d'iodure de sodium et irradiation aux rayons X, la malade empire de plus en plus. La fistule ne se ferme pas, et l'évolution se complique par une thrombose bilatérale des veines fémorales, et l'inflammation du genou gauche 2 mois après l'opération.

L'état de la malade ne laisse pas songer à une autre intervention. Le foie grossit progressivement, jusqu'au début septembre où on constate la douleur marquée de son lobe gauche au niveau de l'épigastre; avec fièvre intermittente à 37°5 et par moment jusqu'à 39°.

Le 24 septembre sous le chlorure d'éthyle, par une incision longue de 8 cm. et au-dessous de l'appendice xiphoïde on ouvre un abcès gros comme le poing situé sur le lobe gauche du foie et dont l'examen du pus montre de nombreuses actinomycoses. On draine l'abcès, la température redescend à la normale, mais l'état général décline à vue d'œil et elle meurt de défaillance cardiaque le 5 octobre 1932.

Autopsie : Le cerveau, le cœur contiennent un liquide louche

(cocci et bâtonnets gram + et filaments, endocardite et végétations de l'endocarde. Poumons œdémateux et contenant du même liquide. Le foie gros, dégénéré; à sa périphérie une scissure, tout autour des abcès contenant du pus actinomysique.

La vésicule biliaire augmentée de volume contient un calcul.

Au niveau de l'estomac, gastrite chronique.

Les reins artério-scléreux, avec de petits abcès corticaux où on ne trouve pas de filaments d'actinomycose.

Les bassinets présentent de petites hémorragies.

La vessie : Au côté gauche du fond, au-dessous de l'uretère, une ouverture circulaire de 3 mm. de diamètre en rapport avec un abcès du Douglas, lequel à son tour est en rapport avec le sigmoïde. L'abcès est aussi en rapport avec la fistule pariétale par un trajet grêle constitué de tissu cicatriciel.

Les parois de l'abcès sont formées par des anses grêles adhérents, par les annexes gauches, et par le sigmoïde.

L'ovaire gauche est complètement fixé par des adhérences et porte plusieurs kystes remplis du liquide et de cristaux de cholestérine.

Dans la vessie la cystite nécrosante et hémorragique. Utérus petit, mais normal. Les annexes circulaires, 2 cm. de diamètre, en rapport avec l'abcès du Douglas par un canal cicatriciel et relativement très droit.

Au niveau des membres inférieurs dans les veines crurales jusqu'à la veine cave inférieure, des thromboses progressives.

Au point de vue bactériologique, le liquide du foie et celui de l'abcès donnent en culture de nombreux filaments actinomycosiques. Dans le liquide des valvules des streptocoques.

Obs. 106. — MOLLOY : (*Brit. m. J.*, 1933, t. II, p. 399.)

Un inspecteur de police souffrant depuis 3 ans d'attaques périodiques de fortes douleurs dans la région lombaire, pendant les attaques le passage des gaz par l'urètre, et le malade croit même qu'il y a des matières fécales dans ses urines.

La cystoscopie révèle l'existence d'une fistule et la radiologie du côlon montre de nombreux diverticules. On a pu voir le passage du baryum du côlon dans la vessie.

On lui fit une colostomie, le malade s'est remis vite et les symptômes ont disparu. Il a quitté cependant son travail à cause de cette colostomie, mais l'a repris bientôt.

A présent, il a une bonne santé, et ne souffre dans aucune position. La colostomie fonctionne parfaitement bien.

Peu de temps après l'opération, il était très anxieux, doutant du bon fonctionnement de la colostomie, mais actuellement se sent tout à fait bien.

Obs. 107. — P. LE GAC : (*Revue médicale française*, juin 1933, p. 559-562.)

M. H..., 54 ans, adressé à l'hôpital le 15 février 1933 avec le diagnostic de : fistule colo-vésicale par néoplasme inopérable.

En l'interrogeant, nous apprenons que, gros mangeur, il a toujours eu une santé excellente, n'ayant eu à se plaindre que de constipation assez rebelle aux purgatifs, avec souvent des phénomènes douloureux assez intenses dans la fosse iliaque gauche.

En novembre 1926, à la suite d'une période de constipation tenace, il est obligé de s'aliter, a de la fièvre, une douleur vive avec tuméfaction de la fosse iliaque gauche.

Il entre à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du Professeur LEJARS, qui incise un abcès d'où s'écoulent des matières, du pus, du gaz intestinal. Une fistule persiste quelques mois et tout rentre dans l'ordre. Depuis cette époque tout allait bien, lorsqu'il y a quatre mois, sans fièvre, apparaissent des phénomènes vésicaux, pollakiurie diurne et nocturne. Les phénomènes s'accroissent, puis apparaissent pneumaturie et fécalurie.

Dans un service d'urologie on lui fait une cystostomie, au bout de deux mois on place une sonde urétrale, on laisse se fermer la plaie abdominale : aucune amélioration. Le faciès s'altère : la douleur, les signes vésicaux s'exagèrent.

Examen : Malade apyrétique; on note la cicatrice étalée de la cystostomie, la cicatrice latérale de l'intervention faite à Saint-Antoine; au palper : au-dessus du pubis une tuméfaction allongée se prolongeant vers la fosse iliaque, peu douloureuse au palper mais fixée et qui donne l'impression d'une tumeur intestinale, ce qui fait que l'on a porté le diagnostic de néoplasme recto-sigmoïdien. Nous n'acceptons pas ce diagnostic; à la suite d'une radio de contrôle nous portons celui de sigmoïdite diverticulaire ouverte dans la vessie. Anus transverse le 20 décembre 1933. Les jours suivants, lavages recto-coliques. L'état s'améliore rapidement; la fécalurie disparaît.

Le 15 mars 1933, nouvelle intervention. On part pour faire le clivage colovésical et fermeture de fistules; Intervention sous

rachi-anesthésie. Après exclusion des tissus cicatriciels par une incision circonscrivant la fosse iliaque gauche, on ouvre le péritoine en région saine. Grandes difficultés à séparer le sigmoïde de la paroi antérieure. Grandes difficultés également à séparer le sigmoïde de la vessie. Tout cela ne se fait pas sans dommages pour l'anse intestinale et lorsqu'elle est extériorisée elle a un aspect si traumatisé que l'on se décide à en pratiquer la résection. Ligature des vaisseaux. Résection. Les deux bouts accolés par quelques points de suture. Un tube de Paul dans le bout supérieur. On cherche à suturer la lésion vésicale. Malgré les recherches (une injection de bleu de méthylène dans l'urètre) on ne peut la mettre en évidence. On se borne à péritoniser la zone décollée, à séparer la vessie de la cavité péritonéale par une lame de caoutchouc, à laisser une sonde urétrale à demeure. L'examen de la pièce, après ouverture du bord latéral, montre trois diverticules. L'inférieur était ouvert dans la vessie. Les suites opératoires devaient être troublées par des accidents inattendus; le malade mourut après trois hémorragies intestinales par l'anus transverse, d'origine hépatique vraisemblablement.

Obs. 108. — WILLAN : (*Brit. M. J.* 1933, t. II, p. 140-142.)

Au 17 novembre 1920 M. A. T., âgé de 50 ans, est venu à la consultation sur la recommandation d'un médecin. Depuis 5 ans était atteint d'une cystite importante et un bactériologiste avait trouvé des B. K. dans ses urines; 7 semaines avant, il avait remarqué des flocons marrons dans les urines avec une odeur fécaloïde très marquée. Rien d'anormal à l'examen abdominal, pas de rigidité musculaire et pas de masses anormales au palper. Pas d'hypertrophie du foie. Rien d'anormal à l'examen rectal.

La cystoscopie montra un ulcère oedémateux chronique au fond de la vessie, qui m'a fait soupçonner une communication intestinale. Une bonne quantité de matière fécale est sortie par le lavage de la vessie pendant la cystoscopie. Avec l'examen bactériologique déjà fait, on porte le diagnostic de fistule tuberculeuse entre l'intestin et la vessie et on considère l'opération comme seule ressource thérapeutique.

Opération le 27 novembre 1920.

Incision médiane sus-pubienne : on trouve une large masse à la partie inférieure du côlon pelvien et située presque trans-

vérsalement dans le pelvis et fortement adhérente à la face postérieure du bas fond vésical. En séparant les adhérences, on trouve une fistule entre la vessie et le côlon. On résèque la partie du côlon contenant la masse et la fistule et on anastomose l'intestin bout à bout par suture directe. Un morceau de l'épiploon est porté à travers la brèche mésentérique et suturé partiellement autour de la ligne d'anastomose par un pli de la musculature vésicale et séparément de la couche péritonéale (points séparés plan par plan). Il n'y avait pas d'autres anomalies à noter; le foie était normal, une sonde à demeure dans la vessie pour 10 jours.

L'opération fut suivie d'un suintement considérable du sang par la plaie, on lui a fait de l'injection du sérum de cheval. Le malade a fait une bonne suite d'opération.

La pièce enlevée au cours de l'opération est une partie du côlon divisée longitudinalement. Elle porte une grande ulcération à base irrégulière, indurée et épaissie, aux bords irréguliers, occupant la partie moyenne de l'intestin. La lumière intestinale est presque complètement obstruée au-dessus de la zone d'ulcération. La tunique musculaire de la paroi intestinale est disparue au niveau de l'ulcère et est remplacée par une néoformation. Autour de cette portion de l'intestin il y a une augmentation considérable du tissu adipeux sus-péritonéal.

Pr Mac Donald rapporte le 3 décembre 1920 le résultat de l'examen microscopique et il avait trouvé des cellules cancéreuses typiques.

12 ans après l'opération le malade se porte encore très bien, et, depuis l'opération, a repris son travail. Je suis informé qu'il est en parfaite santé, sans aucun symptôme anormal. Le fonctionnement intestinal est normal. Pas d'anomalie du côté des urines, elles sont tout à fait claires.

Inoculation des urines au cobaye montra l'erreur du diagnostic microscopique des urines examinées auparavant.

Obs. 109. — WILLAN : (*Brit. M. J.*, juillet 1933, t. II, p. 140-142.)

G. T..., âgé de 56 ans était admis le 18 janvier 1931 à l'infirmerie pour le passage de gaz par l'urètre. Il y a 8 mois le malade avait consulté un médecin pour des douleurs dorsales et troubles intestinaux. Il n'avait pas de douleur abdominale mais était très constipé et prenait régulièrement des purgatifs qui provoquaient des selles normales. Un mois plus tard commença

à présenter des symptômes urinaires, pollakiurie nocturne toutes les 2 heures et brûlure pendant la miction. L'urine d'abord de caractère normal commença à devenir brun-chocolatée et épaisse, ainsi que malodorante. Il fut soigné pour cette cystite et un mois plus tard (6 mois avant son admission) constata le passage de gaz par l'urètre; les urines brunes et écumeuses. Une seule fois, peu de temps avant son entrée, nota un peu de sang dans l'urine, il avait enfin un peu maigri.

L'histoire familiale normale.

A l'examen : l'abdomen ne présente aucune anomalie, les parois sont souples, pas de contracture musculaire, et aucune masse anormale au palper.

Le toucher rectal ne montre rien d'anormal.

La radio, après le lavement baryté, est négative.

La cystographie, après l'introduction d'iodure de sodium dans la vessie ne montre rien.

Le diagnostic de fistule vésico-colique fut posé.

Opération le 28 janvier 1931 confirme le diagnostic.

Incision médiane sus-pubienne, on trouve une masse dure au niveau du côlon pelvien adhérent à la paroi gauche de la vessie; pas d'inclusion glandulaire. Le reste de l'abdomen est normal. Le côlon adhérent fut séparé et réséqué, une anastomose bout à bout fut pratiquée par suture directe; on n'a vu aucun diverticule. La surface d'adhérence de la vessie fut invaginée et péritonisée; on n'a constaté aucune fistule précise de la vessie. Un drain fut placé dans le fond du pelvis et une sonde à demeure vésicale pour 10 jours.

La pièce enlevée pendant l'opération est une partie du côlon ouverte longitudinalement. La partie moyenne de la pièce montre un épaississement très marqué de ses parois surtout la tunique sous-péritonéale. La muqueuse paraît normale sauf qu'elle est tendue en de nombreux plis transversaux, chose normale d'ailleurs à cause de la contraction des autres couches de la paroi intestinale. Il y a 1 ou 2 poches peu profondes dans la couche muqueuse au-dessus et au-dessous de la région contractée et il y a 2 diverticules bien marqués sur la paroi de la partie contractée de l'intestin entouré par un processus inflammatoire et fibreux. Une traînée passe de la lumière intestinale dans un

autre diverticule bien marqué (bien visible sur la face péritonéale de la pièce).

C'est le siège de la communication de l'intestin avec la vessie.

Le malade rétabli; un examen en octobre 1932: la plaie était complètement cicatrisée et il avait grossi de 3 livres, était en bonne santé, l'urine claire et sans albumine; microscopiquement on n'a pu trouver du pus. L'intestin fonctionnait normalement. Le lavement baryté montra le côlon normal sans signe de sténose ni autres traces de diverticule.

Vu le 5 mai 1933 en parfaite santé, avait grossi de 4 livres. Urine normale, cliniquement et microscopiquement.

Obs. 110. — HABERER : (*Zent. f. Chir.* 1934, t. LXI, p. 805.)

Homme de 53 ans, antécédents familiaux néoplasiques. Il y a 3 ans 1/2 a présenté un symptôme intestinal (colique et diarrhée) accompagné de frissons. Ces troubles ont disparu après quelques jours, mais ont été suivis par un symptôme de cystite. On a pensé à une hypertrophie prostatique et on lui a appliqué trois séances de rayons X; les troubles ont disparu.

Au mois de décembre 1932, de nouveau, des signes vésicaux. En avril 1933, frissons et fièvre pendant quatre jours; on l'a envoyé à une station thermale et peu après le malade constata le passage des gaz par l'urètre à la fin de la miction.

Vers la fin mai, le malade rend des matières fécales avec les urines. On lui donne un lavement; et des matières très liquides passent par la vessie.

L'examen radiologique de la vessie par « urocéctan » montre que le fond de cet organe est tiré vers le haut et présente deux formations diverticulaires.

Le lavement opaque montre un processus destructif à la limite du côlon descendant et du sigmoïde avec la sténose de la lumière intestinale.

La cystoscopie montre que l'orifice urétéral gauche est œdé-matié, avec une voussure rouge vif.

Le cathétérisme des deux uretères donne des colibacilles.

Le bleu de méthylène est éliminé après 4 minutes à gauche et 15 minutes à droite.

On fait le diagnostic du cancer sigmoïdien perforé dans la vessie avec cystopyélite double.

La fièvre élevée, l'état général altéré, les médecins ne voulant pas intervenir envoient le malade à la radiothérapie.

HABERER voit le malade à ce moment-là et lui conseille un anus iliaque; pour lui, le malade ne paraît pas cancéreux. La palpation ne révèle pas de points douloureux dans l'abdomen et ne fait sentir aucune tumeur.

Surtout après la radio, HABERER s'oppose au diagnostic de cancer. Celle-ci montre plusieurs diverticules dans le sigmoïde, avec lésions sténosantes de la paroi. Il pose donc le diagnostic de diverticulite perforée. Le malade fut opéré le 24 juin 1933, sous la rachianesthésie. Incision arciforme à gauche; on trouve quelques adhérences entre le sigmoïde et la paroi abdominale gauche; on les sectionne et on trouve une tumeur inflammatoire à la partie descendante du sigmoïde adhérent à la paroi postérieure de la vessie. On dissèque soigneusement et on ouvre un abcès entre la vessie et cette tumeur inflammatoire. On sépare la tumeur de la vessie, on suture l'orifice vésical et on place un drain derrière la vessie avec des mèches iodées. On résèque ensuite la tumeur et on suture le côlon.

La pièce enlevée est une partie de l'intestin lésée et enflammée avec plusieurs diverticules, dont un perforé de la taille d'une aiguille à crochet. Malheureusement je n'ai pas pratiqué tout de suite un anus cæcal, mais trois jours après, quand il y avait une forte stase dans l'étendue de la suture intestinale avec purulence du Douglas malgré le drain; on ne pouvait pas empêcher la désunion de la suture, et il s'est formé peu à peu un anus latéral contre nature.

La suture de la vessie a guéri vite et la cysto-pyérite a disparu.

La suppuration de l'abcès drainé a duré encore quelque temps et pour cela on a ajourné la fermeture de l'anüs.

Plus tard le malade quitta la clinique. Il a engraisé de 28 livres et a repris son travail.

Obs. 111. — (BERGERET (cité par Prat.)

B..., environ 60 ans. Il se plaint depuis de longues années de douleurs dans la fosse iliaque gauche. Il avait un « intestin sensible » et souvent « dérangé ».

En 1922, appendicectomie. En 1926, furonculose grave. En 1926, commencent les troubles de la défécation : sensation de corps étranger rectal, alternatives de diarrhée et de constipa-

lion. On pratique un lavement opaque qui n'apporte aucun éclaircissement. Brusquement, à la suite de douleurs très vives, le malade émet des matières mélangées aux urines. Le malade continue à présenter de la pneumaturie et de la fécalurie pendant deux ans. Il présente surtout des crises de pyélonéphrite graves avec accès thermiques, douleurs lombaires. Son médecin traitant habituel institue un traitement médical associé à des lavages de vessie. Pendant ces deux ans, l'état général est assez sérieusement atteint et le patient a maigri de 25 kg.

Au mois de septembre 1929, l'intervention est décidée. Opération le 12 septembre 1929.

Résection de vingt centimètres de côlon sigmoïde. Résection du sommet de la vessie. Fermeture du haut rectum. Anus iliaque gauche définitif.

Suites opératoires simples. Nous avons revu le malade en avril 1935. Excellent état général. le malade a engraisé de 20 kg. Deux selles par jour. Plus aucun phénomène vésical. Le malade, qui vit en très bonne intelligence avec son anus iliaque, a refusé l'intervention que lui avait proposée le Dr Berget : fermeture de l'anūs iliaque et continuité intestinale rétablie par exclusion d'une anse grêle et implantation colique et rectale.

L'examen histologique de la pièce opératoire avait donné le résultat suivant : rétrécissement du côlon pelvien et masse fibroïde adhérente. Diverticules coliques. Autour de ces diverticules, abondante infiltration de cellules rondes.

Obs. 112. — CHABRIER (cité par Prat).

Une malade de 60 ans, constipée chronique, vient consulter l'un de nous pour une émission de gaz et de matières par la vessie et signes de cystite; ces signes, compatibles avec un excellent état de santé, persistaient depuis longtemps et étaient remarquablement tolérés. Chez cette malade, l'examen radiologique nous a montré une diverticulite et nous avons pu faire les remarques suivantes : si les gaz, si les matières passaient par la vessie, jamais l'urine ne reflue vers le rectum. Les solutions colorées, introduites par voie rectale, passaient par la vessie. L'examen cystoscopique permettait de voir l'orifice de la fistule.

Obs. 113. — HILLEMANT (cité par Prat).

Mme V..., 60 ans, obèse.

Vient consulter pour pneumaturie et fécalurie. Peu de signes

d'infection urinaire. La fistule doit être petite, car un lavement coloré ne repasse pas par la vessie et inversement une injection vésicale ne passe pas par l'anus. Une radiographie montre une sténose sigmoïdienne.

Laparotomie : Enormes adhérences intestinales. On fait le diagnostic du cancer; on pratique un anus iliaque. Au bout d'un an la malade se porte très bien. Le diagnostic est reformé et on pense à une diverticulite. On ferme la fistule par voie vésicale.

Dans un troisième temps, l'anus est fermé. Mais quatre ans après se déclare une occlusion progressive. Un anus iliaque « in extremis » ne sauve pas la malade.

Obs. 114. — PERRIN et ROLLAND : (*Lyon Chir.*, 1935, t. XXXII, n° 5, p. 581.)

Femme, 24 ans, mariée depuis 2 ans, sans enfant, présente fin juin 1932 des troubles menstruels et abdominaux qui nécessitent son entrée à la Charité dans le service du Dr Trillat qui diagnostique une grossesse extra-utérine rompue. Il l'opère le 8 juillet 1932 et je lui dois les renseignements suivants :

Intervention (Dr Trillat) : Laparotomie. Inondation intrapéritonéale de sang rouge et malodorant (dont un prélèvement a cependant donné des cultures stériles). Au niveau de l'ampoule de la trompe gauche, on voit encore un vaisseau qui saigne. Hématocèle rétro-utérine dans un péritoine farci d'adhérences. Résection de la trompe gauche. Hémostase difficile. On laisse en place une mèche et un Mickulicz.

Le 15 juillet, soit 6 jours après l'opération, mobilisation de la mèche.

Le 21 juillet, soit 11 jours après l'intervention, ablation du sac de Mickulicz.

Le 23 juillet, 13 jours après, il s'écoule de l'urine par la plaie abdominale, quelques jours plus tard, il s'écoule également des matières fécales par la fistule abdominale et bientôt de l'urine par le rectum en même temps que les urines vésicales sont mêlées de matières.

Dès ce moment la courbe thermique de cette femme devient irrégulière et les signes d'infection rénale ne tardent pas à apparaître.

En août, la température baisse un peu sous l'influence d'une sonde vésicale à demeure. On essaye d'un auto-vaccin anti-

colibacillaire. Mais fin août et au cours de tous le mois de septembre la température s'élève chaque soir aux environs de 39°5, température à grandes oscillations avec quelques paliers. Les douleurs lombaires s'accusent, la malade maigrit et se cachectise. L'uroformine en injection intraveineuse ne donne aucun résultat.

Au début d'octobre, le Dr TRILLAT montre cette malade au Dr ROLLAND, mon assistant, qui l'a fait entrer dans mon service.

Le 3 octobre 1935, je trouve une malade amaigrie, cachectique, ayant tout l'aspect d'une grande infectée avec pyélonéphrite bilatérale. Localement, au centre d'une cicatrice de Pfannenstiël se trouve une fistule bourgeonnante par où sortent des matières fécales mêlées d'urine. La vessie est douloureuse et contient une urine très infectée mêlée de matières.

Avant toute décision il s'agit de situer par divers modes d'investigation la topographie exacte des lésions. C'est ce que fit le Dr ROLLAND. L'examen au spéculum ne révélait aucune fistule vaginale. Une sonde introduite dans le rectum ramenait de l'urine. Une injection d'eau dans le rectum provoquait l'envie d'uriner et l'eau s'écoulait par la sonde vésicale. Inversement l'eau injectée dans la vessie ressortait par le rectum. Mais la vessie conservait une certaine capacité qui permit au Dr ROLLAND de pratiquer une cystoscopie dont voici le résultat: près du dôme vésical, situés côte à côte sur la ligne médiane, on voit deux orifices de fistules. Une sonde urétérale introduite par l'un d'eux ressort par la cicatrice abdominale fistulisée. Les orifices urétéraux sont cathétérisés. Voici les résultats des examens chimiques et bactériologiques des urines séparées.

Rein droit : urée 5,7 ‰, chlorures 5 ‰, pus abondant, colibacilles.

Rein gauche : urée 5,7 ‰, chlorures 5,2 ‰, pus abondant, colibacilles.

En résumé : pyélonéphrite bilatérale à colibacilles sur 2 reins de valeur fonctionnelle égale.

Le Dr BOUCHUT pratiqua le 5 octobre une rectoscopie pour essayer de localiser le siège intestinal de la fistule. Celui-ci n'était pas visible au rectoscope. Mais après injection dans la vessie du bleu de méthylène, celui-ci apparaissait dans l'intestin semblant sourdre de sa paroi antérieure au-dessus de l'ampoule à une

distance de 13 à 14 cm. de l'anus sans que l'on puisse voir exactement l'orifice lui livrant passage.

Enfin je demandais à la radiographie, après injection de collargol par la fistule cutanée, un complément de renseignements. Ceux-ci ne furent pas très précis. Un cliché de profil était ininterprétable. De face on voyait assez vaguement la vessie, le sigmoïde et une partie du côlon gauche rempli de liquide opaque.

Sachant alors assez exactement à quelles lésions j'avais à faire, je pus en entreprendre le traitement chirurgical.

Systématiquement je négligeais la fistule cutanée, me contentant de drainer au dehors le contenu de la vessie par une sonde urétrale à demeure. La première chose à faire était évidemment de dériver les matières en dehors.

Le 17 octobre, anus artificiel sur la partie gauche du transverse. Celui-ci permet par des lavages quotidiens de désinfecter les 2 trajets intestino-vésical et vésico-cutané.

Assez rapidement il ne passe plus de matières dans le segment intestinal inférieur et les urines s'éclaircissent. En même temps la fièvre à grandes oscillations disparaît. L'appétit revient et l'état général s'améliore nettement.

Après un mois et demi environ de soins locaux très assidus, l'orifice cutané de la fistule est comblé et la malade est suffisamment transformée pour que je puisse envisager la cure de la communication vésico-intestinale qui seule persiste.

Intervention le premier décembre 1932.

Laparotomie médiane dépassant l'ombilic. L'intestin refoulé et protégé par des compresses, la malade étant en position de Trendelenburg on voit très nettement la partie inférieure de l'S iliaque adhérer à la face postérieure, péritonéale de la vessie, au-dessous du dôme vésical. Cette adhérence est facilement libérée au doigt et aux ciseaux, et l'on se trouve en présence d'une brèche assez considérable de l'S iliaque qu'on suture à 3 plans; suture à 3 plans également de la brèche vésicale.

On note, partant de la corne gauche de la vessie, une sorte de bride se dirigeant vers la fistule cutanée actuellement comblée.

Drain sus-pubien qui est retiré le 5^e jour. La sonde vésicale, laissée à demeure, est supprimée le 15^e jour. A partir de ce moment, les mictions deviennent normales. D'autre part, à dater

du dixième jour, les selles commencent à se rétablir par les voies naturelles. Toutefois, à la date du 4 janvier, on note que l'anus contre nature donne encore passage de temps en temps à quelques matières.

Et le 13 février, après avoir eu l'espoir de voir se fermer spontanément, je me décide à en pratiquer la fermeture par voie transpéritonéale. Suture intestinale à 3 plans. Suites normales. La malade quitte le service fin février complètement guérie.

Revue 3 mois après, elle est méconnaissable ayant engraisé de plus de plus de 20 kg. Il y a un mois enfin, elle m'écrivait : « Ma santé est parfaite, et je ne me ressens absolument de rien. »

Obs. 115. — LE GAC : (*Bulletin de la Soc. de médecine de Paris*, 12 décembre 1935, p. 656.)

Mme A., 64 ans, nous est envoyée pour pneumaturie et fécalurie par le Dr MAUFRAIS. De bonne santé habituelle, constipée chronique, la malade est prise le 3 novembre 1934 de frissons sans phénomènes douloureux. Bien accusés sauf des coliques diffuses, des sueurs profondes, sans cystalgie, sans pollakiurie avec une température à oscillations entre 37°5 et 39°5. Le diagnostic de la cause de cette température prolongée est et reste difficile. Les traitements institués sont inefficaces; la malade est obligée de garder le lit six semaines.

Dans le courant du mois de décembre, apparition de pollakiurie à urines claires, puis un peu louches (où l'examen ne montre que des colibacilles). En janvier, les phénomènes vésicaux s'accusent et c'est en février qu'apparaît d'abord de la pneumaturie, puis de la fécalurie discrète, puis plus abondante. Avec cette fécalurie la température et les phénomènes généraux s'amendent. Elle vient nous consulter le premier mars 1935.

Malade apyrétique, grasse, un peu pâle, donnant l'impression d'une infectée. La fécalurie est très abondante (véritables selles par la vessie), les mictions sont fréquentes, l'abdomen est légèrement ballonné, mais les selles sont quotidiennes et la palpation ne révèle rien d'anormal, sinon une légère douleur dans la région sus-pubienne.

Nous faisons successivement :

1° Une radiographie après lavement baryté qui montre une image de diverticulite sigmoïdienne sans modification du calibre.

2° Une radiographie après lavement baryté et injection intra-

vésicale de Ténébryl dilué, la communication sigmoïdo-vésicale est évidente.

3° Une cystoscopie. L'orifice de communication colo-vésicale apparaît nettement sur la paroi postérieure de la vessie. Il est de la dimension d'une pièce de 50 centimes.

Nous décidons la malade à l'opération, en la prévenant de la longueur du traitement.

Première opération le 12 mars 1935. Anesthésie à l'évipan, Anus transverse gauche, procédé de la baguette.

A la suite de cette dérivation nous soumettons la malade de façon régulière à des lavages intestinaux, lavages vésicaux, lavages des bassinets. Nous y joignons la vaccinothérapie (vaccin buccal et pipidon).

Deuxième opération le 30 mai 1935 : Anesthésie à l'évipan. Laparotomie médiane. Clivage colovésical. Fermeture par enfouissement (difficile car les fils coupent la paroi colique) du côlon sigmoïde. Fermeture de la vessie. Drainage par lames de caoutchouc; sonde à demeure dans la vessie.

Troisième opération le 30 septembre 1935. Anesthésie à l'évipan. Fermeture de l'anus de dérivation après vérification du calibre du côlon.

La malade a parfaitement supporté les opérations successives.

Obs. 116. — SOUPAULT. (*Soc. internat. de Chir.*, X^e Congrès, décembre 1935, p. 26.)

M. B..., 40 ans, sans antécédents notables, présente depuis quelques mois des accidents douloureux sous forme de crises passagères dans la fosse iliaque gauche. Depuis quelques jours, une crise est survenue, plus violente que les précédentes, s'accompagnant de constipation tenace, mais sans réaction péritonéale. Peu à peu, la fièvre s'allume et ne cède pas malgré les cataplasmes chauds, etc... Au toucher, combiné au palper, on sent une masse vague, profondément et haut située, très sensible. Au bout de quelques jours, signes urinaires : dysurie et, bientôt, abondante pyurie accompagnée d'émission de gaz par l'urètre et suivie d'une chute de la température et d'une amélioration générale. Tout rentre dans l'ordre mais, au bout de quelques jours, l'état fébrile renaît en même temps que la masse et la douleur; nouvelle débâcle urinaire, au cours de laquelle le malade émet quelques corps étrangers (pépins de raisin) par

l'urètre. Alors se succèdent quatre ou cinq crises, on arrive cependant à refroidir les lésions et on opère le malade deux mois plus tard presque à froid, mais avec toujours des urines purulentes.

L'examen cystoscopique avait montré, sur le flanc latéral de la vessie, une muqueuse un peu plus rouge avec léger œdème localisé mais sans fistule nette.

L'examen radiologique (fig. 5, p. 64) montre une série de diverticules échelonnés sur la boucle sigmoïdienne et quelques-uns sur le cæcum.

L'opération a lieu le 4 août 1933; laparotomie médiane, pas d'adhérences abdominales superficielles; vers le pelvis, adhérence lâche et inflammatoire du dôme vésical à la partie supérieure du sigmoïde et à une anse grêle : libération; plus profondément, véritable symphyse sigmoïdo-vésicale sur l'étendue d'une petite prune de main; on dissèque difficilement aux ciseaux et on voit parfaitement les pertuis intestinal et vésical; excision de l'orifice fistuleux colique qui est bas sur l'anse pelvienne et suture en trois plans; on suture ensuite l'orifice vésical à l'union du dôme et de la face postérieure, près de la corne gauche; suture en deux plans au catgut; drainage et fermeture de la paroi; sonde vésicale à demeure pendant 24 heures. Suites opératoires simples; guérison complète maintenue depuis deux ans.

Obs. 117. — Inédite (Docteur FÉY).

Mme A..., 30 ans, s'est présentée à l'hôpital Necker en 1931 avec un syndrome péritonéal subaigu occupant la fosse iliaque droite et débordant la ligne médiane; d'autre part, de la pneumaturie sans aucun signe de cystite. On pose le diagnostic de tumeur inflammatoire d'origine appendiculaire et on intervient :

Laparotomie médiane : on tombe dans une masse inflammatoire avec du tissu fri de grenouille collant à la paroi antéro-latérale; les anses grêles, le cæco-appendice, le sigmoïde et à la partie inférieure les annexes droits. L'aspect fait penser à la possibilité d'un néoplasme inflammé, mais on ne trouve pas de néo de l'ovaire ni d'aucune portion des intestins qui sont agglutinés par des adhérences serrées au milieu desquelles existaient des kystes. Les uns clairs, les autres purulents et des débris mollasses d'aspect fri de grenouille. Le sigmoïde est adhérent à la vessie. On tâche de libérer quelques adhérences mais l'intestin est en très mauvais état, et on a la notion nette qu'en insistant

on ouvrirait des différentes portions de l'intestin. On termine l'opération, on met un Mickulicz.

Suites opératoires très graves. Il se produit une fistule intestino-pariétale, et la malade est considérée comme perdue; petit à petit elle se remonte, la température baisse, elle quitte l'hôpital un mois et demi après l'opération en bon état.

Revue 6 mois après, l'état général est très bon, mais la pneumaturie existe toujours sans aucun signe de cystite, simplement urines troubles contenant un peu de pus et quelques colibacilles. La pneumaturie est intermittente (1 ou 2 fois par jour). Elle a conservé par ailleurs une fistule intestinale au niveau de sa cicatrice encore en très mauvais état.

Perdue de vue, revient le 28 juin 1935 : état général parfait, elle mène une vie très active, mais avec 4 fistules cutanées (3 sur la ligne médiane dans la cicatrice et une à gauche), seule la fistule centrale donne issue à un liquide jaune verdâtre et par intermittance aux moments des diarrhées à des matières. De plus elle a une forte pneumaturie avec bruit hydro-aérique après la miction.

Tous les 2 mois environ fait une crise de température à 40° pendant 2 à 3 jours qu'on a attribuée tour à tour à de l'infection urinaire ou à du paludisme (elle revient de Corse).

Les selles sont parfaitement normales.

Examen radiologique : le 1^{er} juillet 1935 par le repas opaque et le lavement, montre que toutes les dernières anses grêles sont prises dans un magma qui adhère à la vessie; le cæcum est libre, quant au sigmoïde on ne peut l'injecter par lavement.

Deuxième intervention le 9 juillet 1935 : le plan opératoire était de faire, si possible, une dérivation iléo-sigmoïdienne pour exclure les dernières anses grêles agglutinées, mais ce plan est de suite reconnu impossible, car le maximum d'adhérence se trouve au niveau du sigmoïde qui adhère à la masse principale. On ne trouve d'autre solution que de s'attaquer au paquet d'anse et de tâcher de détruire les adhérences; c'est le sigmoïde qui est le plus difficile à dégager. Il adhère en bas et à gauche, séparé et réuni à la paroi pelvienne gauche par un véritable kyste à contenu verdâtre non purulent.

Une fois ce kyste ouvert, le recto-sigmoïde est libre mais dépéritonisé. A partir de ce moment la libération devient plus facile, on sépare les anses grêles de la vessie, puis les 3 dernières

anses grêles qui sont libres vers le cæcum peuvent être assez facilement séparées.

Résection des fistules cutanées médianes, on ne résèque pas la quatrième fistule située à gauche (c'est à tort, car elle suppurerait).

Une des anses grêles étant en très mauvais état, on fait un enfouissement complété par une anastomose latéro-latérale au pied de l'anse. Petit Mickulicz sur le flanc gauche du sigmoïde déperitonisé. Suites idéalement simples, pas de température, aucun ballonnement. Selles spontanées le 3^e jour jusqu'au 28 juillet 1935. La température monte, la pneumaturie se produit. Au toucher rectal on constate une infiltration présacrée; mais tout s'arrange et le 31 juillet on ne sent plus l'infiltration. La température est normale.

Le 1^{er} août, nouvelle élévation thermique qui semble bien due au paludisme (cède à la quinine).

Au cours des deux interventions, des fragments ont été enlevés et examinés; l'examen montra toujours inflammation banale.

Des différentes cystoscopies n'ont pas pu montrer l'orifice fistuleux de la vessie.

Malade revue le 15 juillet 1936, avait repris toute son activité mais présente des accès thermiques à 39-40° depuis 8 jours. Pneumaturie continue toujours mais légère avec urine à peu près claire, et sans aucune réaction vésicale. Une fistule s'est réouverte dans la paroi et donne issue à du pus à odeur stercorale.

Radio montre que la fistule cutanée aboutit au sigmoïde.

Obs. 118. — Inédite (Docteur GOUVERNEUR).

M. C. L., 60 ans, d'une excellente santé, vient consulter le 9 juin 1934. Il a été longtemps en colonie et a contracté la dysenterie. En octobre 1931 a présenté des douleurs dans le bas-ventre sous forme de crampes, en même temps que de la pollakiurie. Il est allé au Val-de-Grâce et on lui a trouvé une prostate molle et une orchite gauche; on lui a fait quelques lavages au nitrate d'argent.

Depuis un mois il présente de la pneumaturie.

Les urines sont troubles, fécaloïdes, contenant des particules brunâtres, donc l'examen montre des cellules végétales et de la cellulose.

Au toucher rectal on constate une prostate augmentée de volume, molle avec 15 cc. de résidu.

Cystoscopie le 12 juin : vessie sale, on constate à 5 h. un orifice noirâtre de grosseur d'une lentille irrégulière. La vessie se trouble rapidement. Les deux uretères sont normaux, on les cathétérise et les sondes enfoncées de 10 cm. donnent issue à des urines claires.

On lui fait des lavages vésicaux.

Une deuxième cystoscopie quelque temps après confirme la première. Le malade se sentant amélioré, avec bon état général, refuse toute intervention.

Obs. 119. — Inédite (Docteur GOUVERNEUR).

M. B., 38 ans, employé à la T.C.R.P., vient consulter le 2 octobre 1934 pour des troubles de la défécation et de la miction. Depuis un an a des envies fréquentes d'aller à la selle pour des glaires et du sang sale, d'autre part depuis 5 mois ses urines sont malodorantes, fécaloïdes, et en même temps émet des gaz par l'urètre.

Il a maigri, est pâle et œdématié.

Au toucher rectal on sent au bout du doigt une tumeur qui bloque toute la cavité pelvienne, encerclant surtout en avant le rectum.

A la cystoscopie on voit une sorte de cratère noirâtre, irrégulier, entouré d'une zone ecchymotique, située à 6 h. en arrière et au-dessus des orifices urétéraux.

Opération le 15 octobre 1934, anesthésie rachidienne.

Laparotomie médiane sous-ombilicale; l'épiploon et le côlon pelvien sont adhérents au péritoine au-dessus de la vessie. On libère et on constate que tout le petit bassin est occupé par une tumeur envahissant la vessie et le recto-sigmoïde, absolument fixe, et toute tentative d'exérèse est impossible.

On ferme l'abdomen et on fait un anus iliaque gauche. Suites opératoires normales.

Grosse amélioration jusqu'en septembre 1935. Il reprend du poids, mange bien, les urines sont plus claires. Puis en septembre amaigrissement, douleur dans la région du sacrum et le périnée, nécessitant de hautes doses d'héroïne et de morphine.

Décès en juillet 1936.

Obs. 120. — Inédite (Docteur MICHON).

A., homme de 65 ans, menuisier, entre le 30 novembre 1934 à l'hôpital Saint-Antoine pour une cystite intense : pollakiurie toutes les 2 heures (jour et nuit), mictions fortement douloureuses.

Les symptômes ont débuté en mars 1934 à la suite d'une diarrhée intense (5 à 6 selles le jour et 2-3 la nuit). Les selles sont « gris marron » dans lesquelles le malade n'a jamais constaté de sang. Il commença à maigrir, amaigrissement et anémie considérable (aurait maigri de 23 kg. en 9 mois), cependant l'appétit resta bien conservé, pas d'anorexie, jamais de vomissements.

A ces symptômes s'ajoutèrent, vers le mois d'août 1934, des troubles urinaires. Mictions impérieuses et peu abondantes, mais très fréquentes (toutes les 2 heures) et s'accompagnant de légères brûlures dans le canal et d'une sensation de chatouillement au niveau du gland.

A ce moment, au dire du malade, les urines étaient absolument claires.

Vers le 30 novembre 1934, les douleurs ont augmenté d'intensité, les urines sont devenues sales, même gris sale, sableuses et à odeur putride. Les urines deviennent limpides la nuit. C'est alors qu'il vient consulter.

Histoire familiale normale.

Il a fait un phlegmon sous-dermique en 1913. Broncho-pneumonie et fièvre typhoïde en 1919. Hydrocèle et phlébite en 1930. Luxation du coude, fracture de la clavicule gauche.

Etat actuel : on est en présence d'un malade très anémié et considérablement amaigri.

L'abdomen un peu ballonné, mais souple, ne présente aucun point douloureux à la palpation.

Au toucher rectal, la prostate est normale, mais au palper bimanuel on sent une grosse masse sus-pubienne qu'on pourrait prendre pour la vessie, mais qui est indépendante de celle-ci. Les urines sont purulentes, très malodorantes, nauséabondes, l'urètre n'est pas rétréci, l'explorateur n° 34 passe facilement.

Cystoscopie montre l'orifice urétéral gauche entouré d'une zone d'œdème intense; au-dessous et en dedans de lui existent également d'autres zones d'œdème considérable, saignant facile-

ment et ressemblant à un envahissement vésical par lésion du voisinage.

On envoie le malade au Dr BENSAUDE pour la recto-sigmoïdoscopie.

La rectoscopie ne montre rien, pas plus que la radiographie après le lavement bismuthé.

Nouvelle cystoscopie le 12 décembre 1934.

Vaste placard d'œdème au niveau de la face postérieure de la vessie se prolongeant vers la gauche. Au centre de cet œdème un orifice. On fait une série de cystographies qui ne montrent absolument rien. L'examen microscopique des urines montre une grande quantité de pus, mais pas de débris végétaux.

Urée sanguine, 0/78; temps de saignement, 2 m. 1/2; temps de coagulation, 6 minutes; on procède à l'opération.

Le 20 décembre 1934 : Laparotomie médiane exploratrice montre un énorme néoplasme sigmoïdien, prolabé dans le Douglas, adhérent à la paroi abdominale postérieure et fistulisée dans la vessie. Toute exérèse reconnue impossible on pratique un anus artificiel, l'intestin s'extériorisant très difficilement.

Suites opératoires simples; le malade quitte l'hôpital le 20 janvier 1935. Vu le 8 mars, va aussi bien que possible, l'état général est amélioré et il a engraisé de 2 kg.

Il suit toujours un traitement vésical (lavage de vessie) d'abord à eau boriquée et ensuite au protargol, jusqu'à sa mort qui a eu lieu en février 1936.

Obs. 121. — Inédite (Docteur SÉNÈQUE).

C. F., âgé de 35 ans, employé à la T.C.R.P., vient consulter le 15 mai 1936 pour des douleurs abdominales.

Toujours d'une bonne santé jusqu'il y a 7 mois où il a commencé à souffrir de crises douloureuses dans le bas-ventre et surtout la fosse iliaque gauche. Crises de courtes durées (quelques secondes seulement); mais se répétant plusieurs fois par jour, accompagnées de ballonnement, de péristaltisme, et calmées par l'émission de gaz.

Elles disparaissent complètement la nuit et recommencent dès que le malade se réveille.

Jamais de diarrhée ni de vomissement. En avril, pendant 8 jours, les selles striées de sang.

Anorexie intense et ne mange presque rien. Il a fait ces derniers temps quelques accès de fièvre jusqu'à 39-40°.

Une rectoscopie quelques jours avant son entrée jusqu'à 23 cm. de l'anus n'avait rien montré.

Il a maigri de 16 kg. dans ces 2 derniers mois.

A son entrée, la température 36°3, le pouls 96, la tension artérielle 11-4.

L'examen de l'abdomen montre une défense musculaire généralisée mais il semble que l'on sente dans la fosse iliaque gauche un boudin induré. La palpation et la décompression de cette région sont douloureuses.

Le foie et la rate normaux. Les urines claires ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le toucher rectal très douloureux et ne fournit aucun renseignement, un examen rectoscopique effectué et on ne peut pas introduire l'instrument au delà de 10 cm. de l'anus.

L'analyse du sang montre : hémoglobine, 75 %; globules rouges, 4.200.000; globules blancs, 8.000.

Le 18 mai, la douleur est intolérable et 2 jours après la pneumaturie apparaît, suivie le lendemain de fécalurie. La pollakiurie plutôt le jour. Envies fréquentes d'uriner et une petite quantité chaque fois avec cuisson du méat à la fin de la miction.

L'examen radiologique par le repas opaque ne montre rien de spécial, quant au lavement on n'arrive pas à l'administrer.

Ces derniers jours, les matières sont fragmentées et aplaties, il va à la selle 7-8 fois par jour et une petite quantité chaque fois. Le malade continue à maigrir encore pendant son séjour à l'hôpital. On décide une colostomie, mais il est dans un tel état de cachexie (a perdu 25 kg. en tout et ne pèse que 40 kg.) que l'on se demande s'il supporterait même cette intervention. On la pratique néanmoins le 28 mai 1936.

Le malade se remonte petit à petit après la colostomie. Les douleurs cessent entièrement. Les urines s'éclaircissent. Les forces reviennent et il quitte l'hôpital.

2 mois après fait une poussée d'orchépididymite qui régresse au bout d'une semaine d'hospitalisation.

Le 5 décembre 1936 a grossi de 23 kg. depuis son opération, n'a aucune douleur, les urines absolument claires, pas de pneumaturie, a bon appétit, mange de tout et son anus fonctionne bien.

Il rend cependant chaque matin un peu de glaires et sang par le rectum.

Le toucher rectal est encore douloureux. On croit pouvoir réintervenir dans quelque temps, et lui faire subir une opération radicale.

Obs. 122. — Inédite (Docteur GOUVERNEUR).

Mme G., 38 ans, vient me consulter à la clinique le 4 juillet 1936. Elle a subi à l'âge de 13 ans une opération pour la péritonite chronique en Tunisie (après 9 mois d'observation).

Après cette opération une fistule pariétale, purulente, persiste pendant 8 ans. Au bout de ce temps (à l'âge de 21 ans) cette fistule fut opérée à Casablanca, et l'opération paraît avoir guéri la fistule.

3 ans après, l'apparition de pneumaturie et en même temps une pesanteur dans le bas-ventre avec fièvre. On lui fit un traitement héliothérapique.

La pneumaturie était accompagnée quelquefois par l'issue de caillots.

Il y a 2 ans a subi une autre opération sur laquelle nous n'avons pu obtenir aucun renseignement.

A partir de ce moment, fistule pariétale et pneumaturie, des parcelles alimentaires dans l'urine et pollakiurie 3 à 4 fois la nuit.

A mon examen, je constate une fistule pariétale à la partie médiane de la région sous-ombilicale donnant issue à beaucoup de pus, peu de matière et pas de gaz.

Au toucher vaginal les culs-de-sac sont souples, en avant on sent une zone empâtée répondant à l'utérus mal perçu et noyé au milieu d'adhérences. Le cathétérisme vésical ramène des urines troubles, fécaloïdes.

L'examen radiologique montre une fistule entre le sigmoïde et la vessie, ainsi qu'une cavité intermédiaire qui fait communiquer en même temps le grêle et le côlon.

Opération le 8 juillet 1936 : Anesthésie générale à l'éther. Excision de la cicatrice et l'orifice fistuleux. Tout l'abdomen est symphysé. Pas une zone de péritoine libre. On découvre d'abord une anse grêle très dilatée près du cæcum qui plonge dans le bassin et s'ouvre dans un abcès situé dans le pelvis.

On se porte plus bas : le côlon pelvien portant vers le cul-de-sac de Douglas présente une grosse tumeur dure, mamelonée, adhérente, et communiquant avec la vessie. Séparation des 2 organes, large trou vésical occupant tout le sommet de la

vessie, et large brèche du côlon à 16 cm. de l'anus. Résection colique segmentaire et suture termino-latérale du côlon en 2 plans (un surget et points séparés au fil de lin). Fermeture de la vessie en 2 plans par points séparés du lin et pour mieux isoler les sutures on rabat l'utérus par-dessus la vessie.

Ablation à gauche d'une masse dépendante de l'ovaire et de la trompe gauche (salpingite fibro-kystique).

Puis résection de 60 cm. du grêle dépéritonisé et adhérent au fond de la cavité pelvienne. Section de l'intestin au ras du cæcum; section du grêle 60 cm. plus haut et anastomose iléo-transverse par implantation. Mickulicz : suture de la paroi en 2 plans, anus iliaque gauche.

Le 15 juillet, reprise d'alimentation.

Le 20 juillet : elle va toujours bien, l'anus fonctionne bien. A la partie inférieure de la cicatrice abdominale reste une petite fistule qui s'agrandit les premiers jours, donnant issue à du liquide intestinal.

Le 8 septembre, l'anus iliaque continue à bien fonctionner, l'état général est bon; ablation de sonde de Pezzer; vessie fonctionne avec capacité réduite (elle urine toutes les 1 heure 1/2).

Le 8 octobre l'état général est bon, la fistule colo-vésicale est oblitérée; l'anus fonctionne bien et une petite fistulette à la partie inférieure de la cicatrice donnant issue à un liquide jaunâtre sans matière.

Examen de la tumeur colique réséquée.

La lésion est formée par un conglomérat de foyers nécrotiques par place, d'aspect caséux en d'autres points, abondamment infiltré de leucocytes polynucléaires et entouré d'une couronne de cellules épithéloïdes avec cellules géantes.

On doit penser à la localisation intestinale d'une tuberculose hypertrophique.

Obs. 123. — Personnelle.

E. M., âgé de 57 ans, cocher, entre dans le service du Dr GOUVERNEUR (hôpital Saint-Louis) le 17 avril 1936 pour l'émission de gaz et matières par l'urètre.

Habituellement constipé, mais il y a 3 mois cette constipation est devenue très forte, en même temps qu'est apparue une pollakiurie assez intense, 10 fois le jour et autant la nuit. Il ne rendait qu'une petite quantité d'urine à chaque miction. Cette

pollakiurie était accompagnée par une dysurie intense, mais les urines étaient absolument claires.

Vers le 10 juillet, il a constaté le passage de gaz par l'urètre et le lendemain l'émission de matières fécales par cette voie.

A l'examen : le malade a un bon aspect général, il dit avoir un peu maigri (ne s'est pas pesé). Il a perdu l'appétit. Température 38°4. A l'abdomen on ne relève rien d'anormal. Pas de contracture musculaire, aucune masse palpable; aucun point douloureux. Le toucher rectal ne donne aucun renseignement.

L'urine sale, d'odeur fécaloïde.

L'examen radiologique est rendu impossible, car malgré la pression du liquide et différentes manœuvres de changement de position on ne réussit pas à faire progresser le lavement dans le côlon. L'ampoule rectale se distend et rien ne passe au-delà.

Nous pensons mettre le malade pendant quelques jours à un traitement antispasmodique pour l'examiner à nouveau. Mais 4 jours après il présente un syndrome d'occlusion intestinale aiguë, avec le ballonnement du ventre, le hoquet, la température baisse, et on l'opère d'urgence le 25 juillet, en faisant une colostomie laborieuse d'ailleurs, l'anse sigmoïde s'extériorise très mal; 6 heures après on perce l'anse extériorisée, le malade rend quelques gaz. Le lendemain on débride partiellement. L'anus fonctionne incomplètement, le hoquet persiste et la température monte. Au bout de 8 jours on complète le débridement de l'anus qui donne issue à une véritable débâcle de matière rouge foncé et très liquide, mais pas très fétide.

Le hoquet disparaît, la température redevient normale. Les jours suivants, les urines s'éclaircissent, le malade se remonte, l'appétit revient.

Le 13 août, *nouvel examen radiologique*, le lavement pénètre facilement. On note irrégularité et manque de remplissage à l'union du rectum avec le sigmoïde. On remarque un petit éperon opaque au sommet du rectum, qui doit correspondre à la fistule. Aussitôt qu'on pousse un peu le lavement le liquide sort par la colostomie.

Le 28 août 1936, l'état général est satisfaisant, bon appétit. L'anus fonctionne bien, et le malade quitte l'hôpital.

Le 5 janvier 1937, revient à la consultation, son état est à peu près pareil. La pollakiurie et la dysurie persistent.

Le toucher rectal douloureux d'ailleurs montre une masse

bourgeonnante qui est sans doute néoplasique, et résulte de l'extension de la tumeur « du sigmoïde au rectum ».

Obs. 124. — Inédite (Professeur CHEVASSU).

P. L., âgé de 52 ans, vient consulter le 18 septembre 1936 pour la pneumaturie. Depuis le 10 août 1936 souffre d'une façon intermittente de douleurs dans le bas-ventre, sous forme de coliques, et en même temps une pollakiurie très intense 10-12 fois le jour et toutes les heures la nuit. Les mictions sont impérieuses et non douloureuses.

Il consulte alors un médecin qui lui prescrit le traitement de l'hypertrophie de la prostate.

En plus de ces symptômes, depuis le 22 août rend des gaz par l'urètre à la fin de la miction.

Dans ses antécédents on relève un goître exophtalmique en 1931 traité par rayons X.

Blennorragie à 30 ans.

Il y a 18 mois, il a souffert de douleurs intermittentes de la région lombaire avec prédominance du côté gauche. Vers cette époque et pendant 48 heures avait présenté des difficultés d'uriner.

L'examen : Au toucher rectal, la prostate lisse, légèrement augmentée de volume.

Le contenu scrotal est normal.

L'examen des urines montre de nombreux polynucléaires, de nombreux bâtonnets, grame négatif et pas de B. K.

La cystoscopie : Le 22 septembre la vessie de bonne capacité (500 cc.). Elle semble normale, cependant les muscles urétéraux très saillants avec orifices normaux. La muqueuse vésicale un peu œdématiée. Cellules et colonnes au niveau du bas, fond gênant l'exploration. On ne voit pas l'orifice fistuleux.

Le 5 octobre : Le malade se plaint de pollakiurie nocturne. Tous les quarts d'heure jusqu'à minuit et ensuite toutes les heures, dans la journée toutes les 2 heures.

On lui fait des lavages de vessie au nitrate d'argent à 1/6000 et la pollakiurie devient moins intense.

Depuis le 14 octobre, la pneumaturie est devenue très rare. L'exploration radiologique le 24 octobre 1936, après le lavement baryté.

Radioscopie : Le lavement progresse aisément dans tout le cadre colique. On note un allongement du côlon dans sa portion

ilio-pelvienne en U couché d'abord, puis (dans la portion iliaque) en baïonnette N a anses partiellement superposées. La mobilité est assez bonne sauf sur la région sigmoïdienne dont le palper est légèrement sensible.

Radiographie : Aspect normal de la région sigmoïdienne qui présente un rétrécissement sur plusieurs centimètres. On trouve cet aspect aussi bien après l'évacuation qu'avant (fig. 4, p. 63).

Nouvelle cystoscopie le 29 octobre 1936 par M. Chevassu : Vessie d'aspect normal. Les uretères normaux. Aucune image pouvant permettre de penser à une fistule vésicale.

Mac Carthy : rien d'anormal.

Urétero-pyélographie rétrograde montre que la partie sus-vésiculaire des uretères s'injecte mal. Elle laisse passer le liquide mais ne le garde pas. Le bouchon enlevé, le liquide urétéral est arrêté au-dessus de l'obstacle probable.

En résumé : au côté gauche, rétrécissement de la portion terminale de l'uretère avec dilatation sus-jacente. Ce rétrécissement semble répondre à la lésion du côlon (fig. 6, p. 79).

Rein gauche : légère dilatation au début du bassin et des calices. On montre le malade au Dr OKINCZYK qui porte le diagnostic de diverticulite probable avec compressions urétérales. Il ne voit pas le traitement d'extirpation raisonnable, mais une dérivation sus-colique ou l'abstention.

En fait : il y a peu de symptômes, le plus simple est de ne rien faire de chirurgical.

Obs. 125. — Personnelle.

P. M., âgé de 63 ans, entre dans le service du Dr GOUVERNEUR (Hôpital Saint-Louis) le 27 juin 1936 avec l'histoire suivante :

Jamais malade jusqu'en mai 1933, où il présente de la pollakiurie, quelques douleurs à la fin de la miction. Les urines, d'abord claires, ne tardent pas à devenir troubles.

Son médecin lui fait une quinzaine de lavages de vessie sans résultat. Un examen cystographique montre une grosseur dans la vessie. On lui fait alors une cystostomie, et on trouve une collection paravésicale faisant saillie dans la vessie, que l'on ouvre en incisant la paroi vésicale, et on vide ainsi la collection.

Les jours suivants le pus s'écoule par le drain de cystostomie; l'écoulement diminue et disparaît.

Quelques jours après, en allant à la selle, il sent une douleur forte dans le bas-ventre, et le pus s'écoule de nouveau, mais

cette fois mêlé aux matières fécales; et peu à peu toutes les matières prennent issue par la vessie, et rien par l'anus.

Il entre alors dans un hôpital à Meaux, où on lui fait une colostomie.

Ensuite vient à Paris, avec des douleurs intolérables au niveau de l'anus, irradiant vers la vessie et les organes génitaux. Il reste à peu près 2 ans à l'Hôpital Necker et à Lariboisière, subit des lavages de vessie, et finalement entre à Saint-Louis.

A l'examen : Le malade a un bon aspect général, cependant dit avoir maigri. A l'abdomen on ne trouve aucune masse; un peu de sensibilité dans la fosse iliaque gauche.

Le toucher rectal est douloureux, mais ne donne aucun renseignement. Le drain vésical donne issue à une urine épaisse et malodorante. La température est à 37°3. Le pouls à 85. L'urée sanguine 0,51 ‰.

On fait un examen radiologique qui montre une communication entre la vessie et le sigmoïde.

D'autre part, en changeant le drain de cystostomie, on se rend compte de la présence des calculs dans la vessie.

On décide d'abord l'extirpation des calculs.

Le 21 juillet 1936 : excision de la cicatrice de cystostomie, décollement de la vessie, extirpation des calculs. Exploration de la vessie montre que les parois de celle-ci sont souples, mais on ne trouve pas d'orifice fistuleux.

Depuis cette opération, la vessie commence à se nettoyer. Les urines deviennent plus claires. Le malade se remonte; on laisse se fermer la cicatrice de cystostomie.

On surveille attentivement son état général, et le 1^{er} août 1936 l'urée sanguine était à 0,32 ‰.

Examen cystoscopique le 3 octobre 1936, donne des renseignements précis :

La capacité vésicale normale. La muqueuse vésicale est un peu rouge, mais il n'y a pas d'œdème. On constate à la paroi postérieure gauche de la vessie, près du dôme vésical, un orifice de grandeur d'une lentille qui est probablement la fistule. On essaye de le cathétériser, mais sans succès.

La cystographie montre nettement le reflux du liquide opaque dans l'intestin (fig. 3, p. 62).

On décide alors une opération radicale.

Le 9 octobre 1936 : Laparotomie médiane sous-ombilicale, avec excision de la cicatrice antérieure. Le péritoine ouvert, on constate une première adhérence avec trajet fistuleux faisant communiquer la partie basse du sigmoïde avec une anse grêle. On libère cette fistule aux ciseaux et on ferme en 2 plans le grêle dont les parois sont légèrement cartonnées. On trouve alors une adhérence très serrée entre la partie basse du côlon (au-dessous de la première) avec la face postérieure gauche de la vessie. On décolle peu à peu les adhérences, jusqu'au moment où on aperçoit nettement la fistule de la taille d'une grosse lentille. Section et fermeture de l'orifice vésical en un plan au catgut collargolé. Les tissus vésicaux sont souples.

Par contre les parois coliques sont cartonnées, indurées, sans d'ailleurs qu'on sente de tumeur, et il existe de grosses franges adipeuses épaisses et enflammées. Fermeture en 2 plans des 2 fistules coliques au catgut collargolé et au fil de lin.

Un drain et deux mèches dans le Douglas au contact de la suture vésicale. L'épiploon est rabattu. Fermeture de la paroi en 3 plans. Sonde vésicale à demeure.

3 semaines après l'opération, on enlève la sonde vésicale; l'urine prend issue par la plaie abdominale. On la remet immédiatement, et ce signe disparaît.

La plaie abdominale suppure et l'examen du pus montre sa nature staphylococcique.

Le 20 novembre 1936 : Suture de la plaie abdominale :

Excision de la cicatrice; avivement des bords, suture au catgut chromé de tous les plans de la paroi; et les crins reprennent les parties molles. Un drain dans la partie inférieure de la cicatrice.

Le 25 décembre 1936 : On supprime la sonde vésicale.

Le 5 janvier 1937 : L'état général est très bon. La température est normale. L'appétit est bon. La colostomie fonctionne bien. Le malade se lève. La plaie abdominale est complètement cicatrisée.

Cependant il se plaint de la pollakiurie (10 fois le jour et 5 fois la nuit environ), et de légères douleurs dans le bas-ventre. Les urines sont troubles et déposent un sédiment assez notable. On fait une cystoscopie le 8 janvier 1937 qui montre : la vessie un peu rouge et légèrement œdématiée, on ne voit pas d'orifice ou de cicatrice dans la moitié supérieure de la vessie.

A 8 h. présence d'un gros orifice qui est l'orifice urétéral droit, large, béant, et présentant du reflux. On passe une sonde n° 12 sur une hauteur de 20 cm. par laquelle on fait un lavage de bassin. De l'urine trouble et pleine de flocons purulents sort le long de la sonde, entre les lèvres du méat urétéral.

Cette cystite s'atténue d'ailleurs progressivement.

Le 12 janvier 1937 on fait un contrôle radiologique du sigmoïde, qui montre sa perméabilité parfaite; on décide donc la fermeture de l'anus artificiel.

CONCLUSIONS

1° L'étude d'ensemble des fistules sigmoïdo-vésicales n'a pas été tentée depuis le travail de PUTEGNÁT en 1876. Semblables lésions, pourtant, ne paraissent pas exceptionnelles.

2° Elles se rencontrent le plus souvent dans la seconde moitié de l'âge adulte, entre 50 et 60 ans. L'homme paraît plus souvent atteint que la femme, cette particularité étant due à ce que, dans le sexe féminin, l'appareil génital s'interpose entre la vessie et le sigmoïde, diminuant donc les risques d'accollement entre le réservoir urinaire et le gros intestin.

3° La fistule colo-vésicale peut se produire dans différentes circonstances : traumatique, elle est exceptionnelle; pathologique, elle succède soit à une lésion intestinale (cas le plus fréquent), soit à une lésion vésicale (cas plus rare), soit à une lésion adjacente (appendicite, annexite, etc...).

a) Parmi les fistules d'origine sigmoïdienne, la première place revient de loin à la diverticulite du gros intestin. Le cancer est beaucoup moins fréquent et les autres maladies (tuberculose, syphilis, ulcère simple, etc.) exceptionnelles.

b) Le point de départ vésical, quand il est en cause, relève soit de la tuberculose, soit du cancer, soit d'un diverticule (éventualité rarissime).

4° La fistule est éminemment variable dans sa disposition anatomique; son siège peut être haut (sommet de la boucle sigmoïdienne, et dôme vésical); très bas, au fond du petit bassin (jonction recto-sigmoïdienne et bas-fond vésical), avec tous les intermédiaires.

Sa constitution offre également une grande diversité; ou les 2 organes directement accolés communiquent entre eux par un orifice, ou les parois sont ourlées bord à bord, ou bien un trajet fistuleux plus ou moins tortueux, plus ou moins complexe, s'interpose, ou bien encore il existe une poche suppurée interposée; de toute manière, on trouve alentour de grosses lésions de pelvi-péritonite plastique.

D'autre part, les caractéristiques propres de la lésion causale (diverticulose, diverticulite, cancer, etc.) ont pu déterminer une tumeur inflammatoire ou néoplasique sur le gros intestin. Du côté de l'appareil urinaire, des lésions infectieuses secondaires (cystite en particulier) sont de règle.

5° Au point de vue clinique, avant la constitution de la fistule proprement dite, il existe un stade où quelques symptômes permettent de prévoir le travail de communication qui s'élabore progressivement; c'est ce que nous avons appelé le syndrome de « *fausse cystite pré-fistuleuse* ».

Quand la fistule existe, le signe essentiel est l'émission de gaz par l'urètre, mais surtout le passage des matières fécales dans les urines (fécalurie : signe de certitude); quant au passage de l'urine dans l'anus, il n'est pas rare, mais rarement constaté; il

perd de ce fait une partie de sa valeur séméiologique.

6° Le diagnostic est évident quand les signes cardinaux existent; il faut savoir remonter dans le passé du malade pour y découvrir l'histoire des lésions diverticulaires (dans la plupart des cas) ou l'évolution progressive d'une tumeur cancéreuse (dans la minorité des cas). Ce n'est qu'après élimination de ces deux causes les plus fréquentes qu'on sera en droit de suspecter une autre lésion intestinale plus rare. En dernier lieu, on penserait à une lésion vésicale primitive.

Les examens complémentaires les plus importants seront l'examen radiologique du côlon et la cystoscopie avec ou sans cystographie. Il ne sera pas rare cependant de ne pouvoir porter le diagnostic étiologique qu'à l'intervention; l'examen histologique après biopsie est même souvent nécessaire, l'examen de visu n'emportant pas toujours la conviction.

7° Le pronostic d'une fistule sigmoïdo-vésicale abandonnée à elle-même est généralement fatal, ainsi que le prouvent nos observations.

L'évolution se fait vers la cachexie progressive, hâtée par l'apparition de complications (accidents infectieux urinaires, rétention d'urine, occlusion intestinale, etc.).

8° Le traitement médical est rarement de mise à lui seul; il ne serait employé que dans les cas rares où la syphilis est en cause.

Le traitement est essentiellement chirurgical; il est bon toutefois de préparer le malade d'une façon soigneuse par la désinfection de l'intestin d'une part, de la vessie d'autre part, et aussi en remontant l'état général souvent défectueux.

L'opérateur ne peut avoir à l'avance de plan bien défini et devra adapter sa tactique opératoire aux lésions rencontrées.

Chez le cachectique, une simple *dérivation par colostomie*, faite le plus près possible de la fistule, mais à une distance suffisante pour rencontrer une paroi intestinale saine, est la conduite qui s'impose. Il y aura intérêt à maintenir cette dérivation pendant un temps fort long.

Mais chaque fois que la chose sera possible c'est à la *cure radicale* qu'il faudra s'adresser, c'est-à-dire la résection du trajet fistuleux, la libération et la séparation des organes, la dissection des orifices, puis la suture minutieuse de chacun d'eux.

Il peut être indiqué d'utiliser quelques manœuvres opératoires pour éviter la reproduction de la fistule par accollement des deux organes.

Souvent l'état du gros intestin est tel (tumeur inflammatoire plus ou moins sténosante, tumeur néoplasique plus ou moins infectée) que le chirurgien est amené à procéder : soit dans le même temps opératoire à une résection colique, soit en deux temps à une colostomie suivie de colectomie segmentaire.

En présence de certaines complications, il y a lieu,

évidemment, d'envisager un traitement particulier.

Les résultats opératoires, d'après les observations publiées, indiquent plus de 40 % de succès.

Vu : le Président de la thèse :

A. GOSSET.

Vu : le Doyen :

G. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

S. CHARLÉTY.

TABLE DES OBSERVATIONS

N° de l'Observation	AUTEUR	ANNÉE	ORIGINE	Opéré ou non opéré	RÉSULTAT	N° de l'Observation	AUTEUR	ANNÉE	ORIGINE	Opéré ou non opéré	RÉSULTAT
7	ADAMS	1855	Cancer	—	Mort	87	DAVID	1929	?	+	Mort
70	BALLIN	1927	Inflammation	+	Guérison	35	DELBET (P.)	1903	Syphilis?	+	Amélioration
105	BEDRNA	1933	Actinomycose	+	Mort	97	DOBSON et MOIR	1932	Cancer	+	Mort
111	BERGERET	1935	Diverticulite	+	Guérison	98	DOBSON et MOIR	1932	Diverticulite	—	Stationnaire
65	BLANC et NEGRO	1925	Syphilis	—	Guérison	99	DOBSON et MOIR	1932	Diverticulite	+	Guérison
49	BOEHM et DEAN	1912	Cancer de vessie	+	Mort	100	DOBSON et MOIR	1932	Diverticulite?	+	Guérison
50	BOEHM et DEAN	1912	Cancer	—	Mort	101	DOBSON et MOIR	1932	Diverticulite	+	Guérison
3	BOYER	1826	?	—	Mort	102	DOBSON et MOIR	1932	Diverticulite	+	Guérison
54	BRYAN	1916	?	+	Mort	59	DOGGETT	1921	?	+	Guérison
17	BRUCHET	1877	?	—	Mort	117	FEY	1931	?	+	Guérison
43	BUREAU et PASQUEREAU	1909	Post-opératoire	+	Guérison	18	FORT PITT MUS.	1885	?	+	Stationnaire
4)	CERNE	1906	?	+	Guérison	1	FRANK	1786	Diverticulite	?	Mort
112	CHABRIER	1935	Diverticulite	+	?	27	GENOUVILLE	1897	?	—	Mort
69	CHAUVIN	1926	Cancer?	—	Mort	118	GOUVERNEUR	1934	?	+	Mort
72	CHEVASSU	1927	?	+	?	119	GOUVERNEUR	1934	?	—	?
124	CHEVASSU	1936	Diverticulite?	+	?	122	GOUVERNEUR	1936	Tuberculose	+	Mort
14	CHOPART	1870	?	—	?	123	GOUVERNEUR	1936	Cancer?	+	?
46	CHUTE	1911	Diverticulite	+	Mort	125	GOUVERNEUR	1936	Diverticulite	+	Stationnaire
47	CHUTE	1911	Diverticulite	+	Mort	110	GOUVERNEUR	1936	Diverticulite	+	Guérison
58	CHUTE	1921	?	+	Mort	33	HABERER	1934	Diverticulite	+	Guérison
75	CHUTE	1929	Diverticulite	—	Mort	33	HANEL et KEYDEL	1934	Diverticulite	+	Guérison
22	COLBY	1930	Diverticulite	+	Guérison	33	HARTMANN	1907	?	—	?
19	COULSON	1885	Diverticulite	+	Amélioration	39	HARTMANN	1906	Diverticulite?	+	Guérison
69	CRAIG (G.)	1927	?	+	Mort	44	HARTMANN	1909	?	—	Mort
104	CRISTOPHE	1933	Appendiculaire	—	Guérison	45	HARTMANN	1909	Post-opératoire	+	Guérison
53	CUNNINGHAM	1915	Traumatisme	+	Guérison	51	HARTMANN	1913	Cancer?	+	Mort
20	CZERNY	1915	Cancer	+	?	63	HARTMANN	1923	Cancer	+	?
82	DAVID	1887	?	+	Mort	74	HARTMANN	1923	Cancer?	—	Mort
83	DAVID	1929	Diverticulite	+	?	37	HARTMANN	1928	Cancer	+	?
84	DAVID	1929	Cancer	—	?	36	HEINE (W.)	1904	Diverticulite	+	?
85	DAVID	1929	Tuberc. vésicale	+	Mort	22	HEPNER	1904	Diverticulite	+	Guérison
86	DAVID	1929	Diverticule vésic.	+	?	22	HEUSTON (F.)	1894	Diverticulite	+	Mort
	DAVID	1929	Diverticulite	—	?	113	HILLEMAND	1935	Cancer	+	Guérison
						11	HOLMES	1935	Diverticulite	+	Guérison
								1866	Ulécron intestinal	+	Mort

TABLE DES OBSERVATIONS (Suite)

N° de l'Observation	AUTEUR	ANNÉE	ORIGINE	Opéré ou non opéré	RÉSULTAT	N° de l'Observation	AUTEUR	ANNÉE	ORIGINE	Opéré ou non opéré	RÉSULTAT
34	HUBBARD	1903	?	+	Mort	2	RABOUAM	1820	?	—	Mort
89	JEANBRAU	1930	Syphilis	—	Guérison	15	RICHARDSON	1873	Cancer	—	Mort
90	JUDD	1930	Diverticulite	+	Amélioration	76	RIEDER	1929	Diverticulite	+	Amélioration
91	JUDD	1930	Diverticulite	+	Guérison	77	RIEDER	1929	Cancer	+	Mort
67	KEEFE	1926	Diverticulite	+	Guérison	78	RIEDER	1929	Diverticulite	+	Guérison
28	KELLY	1898	?	+	Guérison	79	RIEDER	1929	Diverticulite	+	Guérison
88	KUSTNER	1930	Post-opératoire	+	?	56	ROGER et GRAVES	1921	Diverticulite	+	?
107	LE GAC	1933	Diverticulite	+	Mort	57	ROGER et GRAVES	1921	Diverticulite	+	?
115	LE GAC	1935	Diverticulite	+	Guérison	12	ROOT	1867	?	+	Stationnaire
64	LE GUEU	1923	?	+	Amélioration	55	ROWLANDS	1919	Diverticulite	+	Mort
94	LETT	1932	Diverticulite?	+	Guérison	4	SALMON	1931	?	—	Mort
48	LEVISON	1912	Amibienne	+	Mort	31	SAVARIAUD	1899	Annexielle	+	Mort
52	LOUVEAU	1914	?	+	Guérison	66	SCHOCKAERT	1925	Post-opératoire	+	Guérison
71	MAILER	1927	Tuberc. Intestinale	+	Guérison	25	SCHWARTZ	1896	Post-opératoire	+	Mort
8	MALCOLM	1856	?	—	Mort	121	SENEQUE	1936	Diverticulite?	+	Amélioration
13	MATNDER	1869	Ulc. du sigmoïde	+	Mort	116	SOUTPAULT	1935	Diverticulite	+	Guérison
5	MERCIER	1836	?	—	Mort	9	SYDNEY JONES	1858	Diverticulite	+	Mort
120	MICHON	1936	Cancer?	+	Guérison	6	TAIGNOT	1842	Cancer	—	Mort
106	MOLLOY	1933	Diverticulite	+	Guérison	41	TELLING	1908	Diverticulite	+	Mort
103	MOONS	1933	Appendiculaire	+	Mort	24	TERRIER	1895	?	+	?
42	MORESTIN	1908	Cancer	+	Mort	30	TESSON	1899	Post-opératoire	+	Mort
93	MORRISSEY	1931	Cancer	+	Guérison	26	TUFFIER	1898	Cancer	+	Mort
80	NEWTON	1929	?	+	Mort	29	TUFFIER et DUMONT	1895	?	+	Mort
81	NEWTON	1929	Diverticulite	+	Guérison	10	TUNGER	1861	?	+	Mort
21	NOBLE	1889	?	?	?	73	VESEEN	1928	Diverticulite	+	Guérison
60	NORBURY (L.)	1921	Diverticulite	+	Guérison	32	WALDVOGEL	1892	?	—	Mort
61	NORBURY (L.)	1921	Diverticulite	—	?	108	WILLAN	1933	Cancer	+	Guérison
95	NORBURY (L.)	1932	?	+	Guérison	109	WILLAN	1933	Diverticulite	+	Guérison
96	NORBURY (L.)	1932	Cancer	+	Mort	62	WRIGHT (G.)	1922	Diverticulite	+	Guérison
23	PERON	1894	Cancer	+	Guérison						
114	PERRIN et ROLLAND	1935	Post-opératoire	+	Guérison						
16	PUTEGNAT	1876	?	—	Mort						

BIBLIOGRAPHIE

- ALBANO (G.). — (*Archivio Italiano di Chirurgia*, T. XVI, fasc. II, août 1926, p. 133-172.)
- BAGGER. — Ueber sigmoïd blasen fistel als Folge Chronischer sigmoïditis. (*Zeit. für urol. chir.*, 1922, T. VIII, p. 448.)
- BAILEY (H.). — Vésico-intestinal fistula acquiert. (*Brit. J. urol.*, V. 1, juin 1929, p. 176-181.)
- BALL. — Un cas de diverticulite avec perforation. (*J. of the Am. Ass.*, V, LXXIV, T. I, 1920, p. 722-723.)
- BALLIN (M.). — Diverticulitis of the colon. (*Am. J. of Surg.*, T. II, février 1927, u. 130-141.)
- BARTELS (M.). — Die Traumen der Harnblase. (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1878, T. XXII, p. 519-628 et 715-794.)
- BEDRNA. — Zwei seltene entero vesical fisteln. (*Zeit. für urol. chir.*, 1933, T. 37, p. 361.)
- BLANC (H.) et NEGRO (M.). — Fistule vésico-intestinale. Un cas. (*J. d'urol.*, T. XIX, n° 6, juin 1925, p. 513-520.)
- BLANC (H.) et NEGRO (M.). — De la cystographie dans la pneumaturie. (III^e Congrès de la Soc. italienne d'urol., Milan, 1924.)
- BENSAUDE. — Maladies de l'intestin.
- BOEHM (J.) et DEAN (J.). — Sigmoïdo vesical fistula. Report of two cases. (*Am. j. of urol.*, T. VIII, n° 9, sept. 1912, p. 474-482.)
- BONNET (A. V.). — Deux cas de fistules vésico-intestinales d'origine néoplasique. (*Marseille méd.*, T. II, 1926, p. 1465-1469.)
- BREWER. — Diverticulite aiguë de l'anse sigmoïde, opération avant rupture. (*J. of the Am. Ass.*, V, LI, T. I, août 1908, p. 543-545.)
- BRYAN (R.). — Sigmoïdo-vesical fistula with report of 1 case. (*Ann. of Surg.*, T. LXIII, 1916, p. 353-363.)
- BUREAU (E.) et PASQUEREAU. — Fistule vésico-intestinale. (*Gaz. méd. de Nantes*, 1909, 2^e s., T. XXVII, p. 608-611.)
- CERNÉ. — Fistule vésico-intestinale, guérison. (*Normandie méd.*, Rouen, 1906, T. XXI, p. 183-187.)
- CHAVANNAZ. — Fistules vésico-intestinales chez l'homme. (*Arch. des maladies des org. génito-urin.*, 1897 et 1898.)
- CHRISTOPHE. — Un cas de fistule vésico-sigmoïdienne d'origine

- traumatique. (*J. de Chir. et Ann. de Soc. Belge de Chir.*, 28 janvier 1933, p. 26-28.)
- CHUTE (A.). — Two cases of vesico-intestinal fistula due to diverticulitis of the sigmoid. (*Tr. Am. Ass. génito-urin.*, T. VI, 1911, p. 86-98.)
- CHUTE. — Some instances of diverticulitis of the sigmoid opening into the bladder. (*Boston med. and Surg. J.*, 1921, T. CLXXXIV, N° 5, p. 118.)
- CHUTE. — Diverticulitis of the sigmoid as a source of bladder irritation. (*Journ. of urol.*, 1929, T. XXI, p. 13.)
- CLERC (G.). — Fistules vésico-intestinales d'origine syphilitique. (Thèse de Montpellier, 1929-30.)
- COLBY. — Bladder symptoms from diverticulitis of the sigmoid. (*New Eng. Journ. of Med.*, T. CCH, 1930, p. 805.)
- CRAIG GORDON (R.). — Entero vesical fistula. (*Surg. gynec. and Obst.*, V, XLIV, N° 6, juin 1927, p. 753-756.)
- CUNNINGHAM (J.). — Retrovesical and entero vesical fistulae. (*Surg. Gynec. and Obst.*, T. XXI, 1915, p. 510-518.)
- CUTHBERT DUKES. — Discussion on urinary complications of disteases of the large intestine. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, T. XXV, V, 2, octobre 1932, p. 1828-1832.)
- CYRIL A. R. NITCH. — Discussion on urinary complication of disteases of the large intestine. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, T. XXV, V, II, octobre 1932, p. 1819-1821.)
- DAVID C. VERNON. — Sigmoido vesical fistula with special reference to sigmoid diverticulitis. (*Ann. of Surg.*, vol. XC, N° 6, july 1929, p. 1015-1026.)
- DELBET (Pierre). — Fistule vésico-intestinale: (*Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 11 mars 1903, T. XXIX, p. 317.)
- DOBSON (J.) et. MOIR (P.). — Fistula vesico intestinalis. (*Brit. J. Urol.* T. IV, juin 1932, p. 122-131.)
- DOGGETT. — Vesico intestinal fistula. (*Bost. med. and Surg. J.*, 7 juillet 1921, vol. 185, N° 1, p. 22.)
- DOSSOT. — Fistules vésico-intestinales. (*J. de méd. et de chir. prat.*, 10 mai 1935, N° 9, p. 327.)
- DUBS. — Diverticulites perforées de l'anse sigmoïde. (*Münch. med. Woch.*, 1922, N° 21, p. 785.)
- EDWARDS. — Diverticulitis. A Clinical Review. (*Brit. med. J.*, V, I, janvier 1934, p. 973-977.)
- FEIST. — Complications de la diverticulose de l'anse sigmoïde. (*Beit. z. Klin. Chir.*, T. CXXXV, 1926, p. 338-347.)

- FOWLER (H.). — Intestino vesical fistula. Report of a case. (*Tr. Am. Ass. genito urin. surg.*, T. XXII, 1929, p. 347-363.)
- GHOUILA HOURI. — Fistules vésico-intestinales. (Thèse de Paris, 1927.)
- GIFFIN (H. Z.). — Carcinoma on diverticulitis of sigmoid. (*Am. J. med. Sc.*, 1908, T. CXXXVIII, p. 661.)
- HABERER (von). — Diverticulite. (*Zent. f. Chir.*, T. LXI, 1934, p. 805-811.)
- HARTMANN (H.). — Fistule double faisant communiquer le côlon et la vessie et le vagin; fermeture de la fistule intestino-vésicale, puis de la fistule vésico-vaginale; guérison. (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1906, T. XXXII, p. 959-961.)
- HARTMANN. — Cancer intestinal et pneumaturie. (*J. des Prat.*, 19 juin 1923, N° 26, p. 419.)
- HEINE. — Ueber Darmblasen fisteln infolge von Darmdivertikel. (Thèse de Leipzig, 1904.)
- HEINE (W.). — Centrabl. f. d. Krankh. d. Harn. u. sex. org., Leipzig, 1904, T. XV, p. 401-459.
- HUBBARD (J. C.). — (*Bost. med. and Surg. J.*, 8 oct. 1903, T. CIL, p. 404.)
- JEANBRAU (E.) et BAUMEL (J.). — Fistule vésico-sigmoïdienne de nature syphilitique, guérison par traitement médical. (*Arch. des maladies de l'appareil digestif*, T. XX, juillet 1930, p. 838-846.)
- JONES. — Diverticulitis of the colon. (*New Engl. J. of Med.*, 1930, T. CCHII, p. 459.)
- JUDD (S.), MARSHALL (M.) et HARTWELL (W.). — Vesicosigmoïdal fistula. (*The Surg. Clin. of North America*, V. 10, N° 1, février 1930, p. 7-10.)
- KEEFE (J. W.). — Sigmoïdo vesical fistula. (*The Bost. med. and Surg. J.*, 1^{er} avril 1926, T. CXCIV, p. 577.)
- KIDD (F.). — Cystogram. (*Brit. J. urol.*, T. I, juin 1929, p. 194.)
- KÜSTNER. — Zur operation von dickdarm blasen fisteln. (*Monat. für Gebur und Gyneko.*, 1930, T. LXXXV, p. 26.)
- LE GAC. — Fistule colo-vésicale par diverticule sigmoïdien. (*Prat. Chir. Ill.*, T. XIX, 1934, p. 219-229.)
- LE GAC. — Fistule colo-vésicale par diverticule sigmoïdien. (*Rev. Méd. franç.*, T. XIV, 1933, p. 559-561.)
- LE GAC. — Fistule sigmoïdo-vésicale. (*Bul. de la Soc. de Méd. de Paris*, 12 décembre 1935, p. 656.)

- LEGUEU. — Traitement rationnel de la fistule vésico-intestinale. (*J. d'Urol.*, V. XV, 1923, p. 474-477.)
- LETT (H.). — Discussion on urinary complications of diseases of the large intestine. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, T. XXV, V. II, octobre 1932, p. 1811-1819.)
- LEVISON. — Fistule entéro-vésicale d'origine amibienne. (*The Military Surgeon*, mai 1912, T. XXX, N° 6, p. 581.)
- LILIENTHAL. — Perforating diverticulitis of the sigmoid. (*Ann. of Surg.*, T. LII, V. II, octobre 1910, p. 558-560.)
- LOUMEAU. — Fistule vésico-intestinale par cancer du côlon pelvien. (*J. de méd. de Bordeaux*, 26 avril 1914, N° 17, p. 282.)
- LOUMEAU. — (*Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, 17 avril 1914, p. 209.)
- MAILER (R.). — Fistule colo-vésicale par diverticulite; tuberculose associée (examen de la pièce). (*Am. J. of Surg.*, fév. 1917, p. 142.)
- MAYO. — Diverticulitis of the sigmoid. (*Brit. Med. J.*, 1929, T. II, p. 574-576.)
- MAYO. — Diverticula of the sigmoid. (*Ann. of Surg.*, T. XCII, 1930, p. 739-743.)
- MAYO. — Diverticulitis. (*J. Am. Med. Ass.*, T. LXIX, V. I, 1917, p. 781.)
- MILLIGAN (E. T.J.). — Discussion on urinary complications of diseases of the large intestine. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, T. XXV, V. 2 oct. 1932, p. 1832-1833.)
- MOLLOY. — Intestino vesical fistula. (*Brit. Med. J.*, 26 août 1933, V. 2, p. 399.)
- MONODON (F.). — Fistules vésico-intestinales de nature syphilitique. (Thèse de Bordeaux, 1934-35.)
- MOONS. — (*J. de Chir. et Ann. Soc. Belge de Chir.*, 1933, N° 1, p. 24.)
- MORESTIN. — Fistule vésico-intestinale consécutive à un cancer du côlon pelvien. (*Bul. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 3 juin 1908, p. 778.)
- MORRISSEY. — Vesico intestinal fistula. (*The J. of the Am. Med. Ass.*, T. XCVI, V. I, mars 1931, p. 843-846.)
- MUMMERY (L.). — Discussion on diverticulitis. (*Proc. Roy. Soc. of Med.*, T. XX, Part. 1, 1927, p. 694-698.)
- MUMMERY (L.). — Discussion on urinary complications of dis-

- teases of the large intestine. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, T. XXV, V. 2 oct. 1932, p. 1821-1823.)
- NEWTON (F.). — Acquired diverticula of the colon. (*Arch. of Surg.*, 1929, T. XVIII, V. 2, p. 1339-1358.)
- NORBURY (L.). — Un cas de fistule colo-vésicale d'origine diverticulaire. (*Proc. of the Roy. Soc. of Med. Sect. of Surg.*, T. XV, V. 3, 1921-1922, p. 44.)
- NORBURY (L.). — Discussion on urinary complications of disteases of the large intestine. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, T. XXV, V. 2, oct. 1932, p. 1823-1828.)
- OCKERBLAD (N.). — Three cases. (*South M. J.*, T. XXIV, avril 1931, p. 246-349.)
- PARHAM et HUME. — Vesico intestinal fistula. (*Ann. of Surg.*, T. L, V. 1, juillet 1909, p. 251-286.)
- PASCAL. — Fistules vésico-intestinales acquises chez l'homme et chez la femme. (Thèse de Paris, 1900.)
- PASCHKIS. — Blasen-Darmfisteln. (*Hundbuch der Urol.*, 1928, T. V, p. 156.)
- PENZIAS (M.). — (*Polska Gaz. Lek.*, T. VIII, oct. 1929, p. 797-798.)
- PERRIN et ROLLAND. — Fistule sigmoïdo-vésicale, suite du drainage abdominal. (*Lyon Chir.*, 1935, T. XXXII, p. 581.)
- PERRUCCI. — (*Archiv. ital. di urol.*, 1925, T. II, p. 157.)
- PRAT (P. P.). — Les diverticules du côlon. (Thèse de Paris, 1935.)
- PRISTAVESCO. — Fistules vésico-intestinales. (*J. d'Urol.*, T. II, 1912, p. 321-366.)
- RAMOND. — Colo-sigmoïdite syphilitique tertiaire. (*J. de méd. et de chir. prat.*, 1925, p. 381.)
- RANKIN et JUDD. — Emphysema of the scrotum the result of diverticulitis of the sigmoid with perforation. (*Surg. gynec. and obst.*, T. XXXV, 1922, p. 310-312.)
- RIEDER. — Pneumaturie nach perforation entzündlicher sigmoïd divertikel in die blase. (*Beitr. S. Klin. Chir.* V. CXLVI, 1929, p. 536.)
- ROGER et GRAVES. — Two cases of pneumaturia due to diverticulitis of the sigmoïde. (*J. of Urol.*, 1921, V. 5, N° 2, p. 140.)
- ROWLANDS. — (*Proc. of the Roy. Soc. of Med. Surg. Proct.*, 1919-1920, T. VIII, V. 3, p. 77.)
- ROWLANDS (R.). — Discussion of diverticulitis. (*Proc. Roy. Soc. of Med.*, V. XX, Part. 1, 1926-27, p. 692-693.)
- SANTY (M.). — Sigmoïdite diverticulaire. (*Lyon Chir.*, T. XXXI, N° 3, mai 1934, p. 353.)

- SAVARIUS. — Sigmoidite perforante. (*Soc. de Chir. de Paris*, T. II, novembre 1922, p. 1119-1120.)
- SCHOCKAERT. — Un cas de fistule sigmoïdo-vésicale post-opératoire. (*Brux. méd.*, V. 1, 1925-1926, p. 104.)
- SCHWYZER (A.). — Diverticulitis of sigmoid discharging concretions into urinary bladder. (*Sing. Clin. North Am. Philadelphia*, T. III, 1920, p. 1454-1456.)
- SENNET. — Diverticule perforé du côlon. (*Brit. Med. J.*, V. 2, 5 décembre 1931, p. 1031.)
- SERG (M.). — Etiolog. and diagnostic considerations of condition in sigmoid with symptoms of tumor subsequent development of fistul vesico sigmoïdal. (*Boll. e. Mem. Soc. Piemontese di Chir.*, 1934, T. IV, p. 1678-1692.)
- SOUPAULT (R.). — Quelques chapitres de la chirurgie des côlons. (*Soc. intern. de Chir.*, X^e Congrès, Le Caire, 30 déc. 1935 p. 2-29.)
- SOUTHER (C.). — Sigmoido vesical fistula; lateral (short-circuit) anastomosis, operations. Renverry. (*Lancet Clinic.*, Cincin., T. CVI, 1911, p. 506.)
- SPRIGGS. — Discussion on diverticulitis. (*Proc. Roy. Soc. of Med.*, V. XX, Part. 1, 1927, p. 665-692.)
- SUTTON (G.). — Vesico sigmoïdal fistulae. (*Surg. gynec. and obst.*, Chicago, 1921, V. XXXII, N^o 4, p. 318-327.)
- TELLING (Maxwell). — Acquired diverticula of the sigmoid flexure. (*Lancet*, 1908, V. 1, p. 843.)
- TELLING (M.). — Discussion of diverticulitis. (*Proc. of the Roy. Soc. of Med. Surg. Procto.*, 1919-20, T. XIII, V. 3, p. 55-98.)
- TIXIER. — Nature syphilitique de certaines sigmoïdites. (*Soc. de Chir. de Lyon*, 1926.)
- VESEEN. — Diverticulitis of the sigmoid with rupture into the urinary bladder. (*J. of Urol.*, V. XX^e, 1928, p. 598.)
- WALDVOGEL. — Fistel zwischen flexura sigmoïdea und blase in Anschluss an perforierte Darm divertikel. (*Deut. med. Woc.*, N^o 2, T. XXVIII, p. 570-573.)
- WALTHARD (H.). — Ueber pneumaturie. (*Schweiz. med. Woch.*, 17 octobre 1922, p. 809-812.)
- WALTHER, DELBET, TUFFIER, BAZY et TERRIEN. — Fistule vésico-intestinale. (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, T. XXIX, 11 mars 1903, p. 314-324.)
- WARWICK (T.). — Discussion of diverticulitis. (*Proc. Roy. Soc. of Med.*, V. XX, Part 2, 1927, p. 693-694.)

WHITE (M.). — Vesico intestinal fistula. (*Glasgow Med. J.*, 1934, p. 59-61.)

WILLAN (R.). — Vesico intestinal fistula. (*Brit. Med. J.*, T. II, july 1933, p. 140-142.)

WRIGHT GARNET. — Fistule colo-vésicale par diverticulite. Récidive. (*Proc. of the Roy. Soc. of med.*, 1922.)

YOSHIDO (S.). — Tow cases. (*Acta dermat.*, T. 16, 1930, p. 437-440.)

TABLE DES MATIERES

HISTORIQUE.	1
ETIOLOGIE.	5
Age.	5
Sexe.	6
Lésions originelles	7
I. Fistules traumatiques et post-opératoires	7
II. Fistules pathologiques	9
1° Fistules à point de départ intestinal.	9
2° Fistules à point de départ vésical.	14
3° Fistules dont le point de départ n'est ni le côlon ni la vessie	15
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	16
1° Les lésions du péritoine et de l'épiploon	16
2° Les altérations du côlon	19
3° Les altérations de la vessie.	22
4° Le mode de communication	25
SYMPTOMATOLOGIE.	30
Symptomatologie du stade préfistuleux	30
Symptomatologie de la fistule constituée	46
DIAGNOSTIC.	55
1° Le diagnostic de la communication.	55
2° La fistule reconnue, comment préciser sa localisa- tion sigmoïdienne	56
3° Etude des particularités de la fistule.	57
a) Examen des urines	57
b) Introduction des matières colorantes	57
c) Cystoscopie.	58
d) Examen radiologique	61
e) Sigmoïdoscopie.	72
Les difficultés du diagnostic	73
EVOLUTION ET COMPLICATIONS	77
A. Complications propres à la fistule.	77
B. Complications contemporaines de la fistule.	82
PRONOSTIC.	86
TRAITEMENT.	89
A. Traitement au stade préfistuleux	89
B. Traitement de la fistule	94
OBSERVATIONS.	106
CONCLUSIONS.	253
BIBLIOGRAPHIE.	260
TABLE DES MATIERES	267

L. HAUGUEL
IMPRIMEUR
66, rue de Javel, 66
Vaugirard 27-85